

Vård och omsorg till personer med en riskfylld konsumtion eller beroende av olika substanser

Öppna jämförelser av socialtjänstens
och hälso- och sjukvårdens insatser

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN 978-91-7555-442-6
Artikelnummer 2017-12-36

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2017

Förord

Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården. Jämförelsen omfattar både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser, samt insatser för personer med spelmissbruk.

Denna rapport *Vård och omsorg till personer med en riskfylld konsumtion eller beroende av olika substanser 2017* är den första inom öppna jämförelser vilken berör både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser. Rapporten presenterar ett urval av indikatorer som belyser socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser och resultat. I rapporten presenteras 30 indikatorer. De tar sin utgångspunkt från *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende 2015* samt *Indikatorer med lägesbild 2017*, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2017*, *Öppna jämförelser 2017 Missbruks- och beroendevården* samt *Individ- och familjeomsorg Lägesrapport 2017*. Denna uppföljning ingår inom sakområdet ANDTS samt knyter an till Agenda 2030.

Rapporten riktar sig främst till lednings- och styrningsfunktioner inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Projektledare har varit Marianne Aggestam. Birgitta Lindelius har varit ansvarig enhetschef. Socialstyrelsen tackar även externa aktörer samt Socialstyrelsens vetenskapliga råd Sven Andreasson som bidragit med underlag till rapporten.

Mona Heurgren
Avdelningschef
Avdelningen för statistik och jämförelser
Socialstyrelsen

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Lagkrav och verksamheter	14
Internationell utblick	18
Öppna jämförelser – metod	19
Resultatredovisning	23
Generella indikatorer	24
Bedömningsinstrument	63
Läkemedelsbehandling	77
Psykologisk och psykosocial behandling för vuxna	86
Psykosociala stödinsatser	89
Referenser	96
Bilaga 1 – Översikt med indikatorer	99
Bilaga 2 – Extern samverkan och samråd	104
Bilaga 3 – Övriga som deltagit	105
Bilaga 4 – Förteckning över figurer, tabeller och diagram i rapporten ...	106
Bilaga 5 – Förkortningar	110
Bilaga 6 – Vårdade för akut berusning av alkohol	113
Bilaga 7 – Psykiatri och beroende, KPP-databasen (SKL)	114
Bilaga 8 – Utvecklingsindikatorer	115
Bilaga 9 – Beskrivning av indikatorer	116
Bilaga 10 – Uppföljningssystem i fem länder	117

Sammanfattning

Under perioden 2011–2015 vårdades 55 000 kvinnor och 125 000 män med en alkoholdiagnos samt 43 000 kvinnor och 88 000 män med en narkotika-diagnos inklusive för beroende till narkotikaklassade läkemedel inom specialiserad öppen- och slutenvård i Sverige. Det finns olika uppskattningar och bedömningar av beroendets omfattning men troligen når inte huvudmännen alla individer som har behov av vård och omsorg på grund av ett skadligt beroende av olika substanser.

Den här öppna jämförelsen bidrar med uppföljning inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst med tre lika stora delar som beskriver strukturer, processer och resultat för vård och omsorg som berör den grupp som har problem med beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Målet är att bidra med underlag för att bättre kunna individanpassa den vård och omsorg som motverkar sjukdom, för tidig död och social utslagning. Redovisningen berör några av de resultatområden som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beskriver i sin rapport, *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården?*, regeringens samlade ANDT-strategi för 2016–2020 samt mål i Agenda 2030.

Här är några resultat i korthet för insatser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten:

- En ökning av antalet dödsfall genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar kan ses i befolkningen i synnerhet bland män med förgymnasial utbildningsbakgrund.
- Den alkoholrelaterade dödligheten i befolkningen har i princip varit oförändrad eller något minskande under de senaste femton åren. Dödsfallen är högre bland män jämfört med kvinnor samt högre bland män med förgymnasial utbildning jämfört med män med längre utbildning dock är den något minskande sett över tid för denna grupp vilket är positivt.
- Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar för att ingå en överenskommelse för att etablera ett samarbete. Samverkan ökar men det är fortfarande bara drygt hälften av kommunerna och landstingen som upprättat samverkan inom området.
- Fler män än kvinnor tvångsvårdas enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall, det visar sig att kvinnor i större utsträckning än män även har haft insatser tidigare i livet enligt socialtjänstlagen eller enligt lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga.
- Under 2016 var det drygt fem miljoner personer som besökte primärvården. Av dessa var det mindre än en procent som hade ett riskbruk dokumenterat i journalen. Det var en lika liten andel av patienterna som hade fått någon av de åtgärder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor av alkohol.
- Det är få kommuner som erbjuder stödprogram till närstående, boendeinsatser samt multiprofessionella team enligt rekommendationer i de nat-

ionella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende om psyko-sociala stödinsatser inom socialtjänsten.

Inledning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att utveckla öppna jämförelser inom vård och omsorg för personer med en riskfylld konsumtion eller beroende av olika substanser. I enlighet med internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10) kommer begreppen *substansberoende* eller *skadligt bruk* att användas när personer fått en diagnos inom hälso- och sjukvården. Begreppen missbruk och beroende har ersatts med det gemensamma begreppet *substansbrukssyndrom*, i den versionen av DSM-5 för att diagnostisera psykiska sjukdomar och utvecklingsrelaterade tillstånd (svensk översättning 2014) och kommer också att användas här [1]. Dessutom används begreppet riskbruk eller intensiv konsumtion i olika sammanhang när beroende av olika substanser diskuteras. Inom socialtjänsten sätts inte några diagnoser utan där bedöms behovet av stöd, och i det här fallet stöd till personer med ett missbruk eller beroende.

Det finns dock verksamheter, lagstiftning och rapporter som fortfarande använder begreppet missbruk vilket innebär att begreppet inte kan uteslutas helt och hållet i alla sammanhang.

Jämförelserna ska följas upp både för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser, liksom för insatser riktade till personer med spelmissbruk.

Målet med denna rapport är att belysa strukturella förutsättningar, processer och resultat för verksamheter som bedriver vård och omsorg inom området, med utgångspunkt från indikatorer. I den mån det är möjligt ska även nya indikatorer utvecklas. Det finns behov av att utforma en mer ändamålsenlig och systematisk uppföljning av vården och omsorgen ur ett patient- och brukarperspektiv. Att följa upp insatser och resultat för de enskilda är viktigt, något som Myndigheten för vård och omsorgsanalys påpekar i sin analys av uppföljningen ur ett patient- och brukarperspektiv [2].

Det pågår en utveckling på flera sätt inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Exempelvis följer Svenskt beroenderegister (SBR) upp om psykiatrisk funktion och självskattad hälsa (som även redovisas i denna rapport), inom öppna jämförelser följer Socialstyrelsen via enkät till socialtjänsten upp hur kommunerna arbetar med brukarinflytande samt en nationellt gemensam brukarundersökning inom individ- och familjeomsorgen där beroendområdet ingår, enkäten samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

De olika resultatområden som Myndigheten för och vård och omsorgsanalys anser är viktiga att följa upp är; grad av missbruk och beroende, fysisk och psykisk hälsa, boendesituation, försörjning och ekonomisk stabilitet, arbete och sysselsättning, kriminalitet, trygghet och säkerhet, närståendes situation, socialt nätverk, självständighet, stigmatisering och känsla av sammanhang.

För att uppnå en heltäckande uppföljning av alla dessa resultatområden bör fler aktörer involveras i uppföljningen, som Statens Institutionsstyrelse (SiS), Folkhälsomyndigheten, Länsstyrelserna, Brottsförebyggande rådet, Kriminalvården, Arbetsförmedlingen, SKL, Polismyndigheten och Försäkringskassan.

Den här rapporten är även ett underlag som knyter an till mål 3 i Agenda 2030: ”Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar”, samt till delmål 3.5: att alla länder ska stärka sina insatser för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholbruk [3]. De indikatorer som ingår tar sin utgångspunkt från de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende [1], de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [4], öppna jämförelser för missbruk och beroende inom socialtjänsten [5] samt lägesrapporten för individ- och familjeomsorg [6]. Under 2017 har även en lägesbild [7] tagits fram som redovisar indikatorer med fokus på följsamhet till de centrala rekommendationerna i riktlinjerna samt följsamhet till några övergripande resultatindikatorer som dödlighet och återinskrivningar.

I *Öppna jämförelser 2017 Missbruks- och beroendevården* återfinns dessutom flera indikatorer som redovisar följsamhet till de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende inom kommunernas verksamheter.

Socialstyrelsen har även i en särskild åtgärdsplan [8] fokuserat på narkotika dödligheten och hur den kan motverkas i Sverige. I rapporten betonas bland annat vikten av att skapa bättre tillgång till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, samt att förbättra uppföljningen av narkotikarelaterade självmord.

Extern samverkan och samråd

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar att samverka i frågor som berör stöd, vård och behandling till personer med substansberoende vilket framgår i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och i socialtjänstlagen (2001:453).

En särskild dialog och kontakt har förts med några huvudmän för att diskutera deras behov och förutsättningar för att bedriva verksamhet inom området (bilaga 2).

Indikatorer och urval

Regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT) består av sex prioriterade mål under 2016–2020 [9]. De målen har varit vägledande i urvalet av indikatorer till denna rapport. I indikatorbeskrivningarna samt i rapporten redovisas målen och indikatorerna samt i bilaga 1 med en översikt av alla indikatorer.

- Mål 1: Tillgången till alkohol, narkotika, dopningsmedel och tobak ska minska.
- Mål 2: Antalet barn och unga som börjar använda narkotika, dopningsmedel och tobak eller debuterar tidigt med alkohol ska successivt minska.

- Mål 3: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska.
- Mål 4: Kvinnor och män samt flickor och pojkar med missbruk eller beroende ska utifrån sina förutsättningar och behov ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet.
- Mål 5: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som dör och skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska.
- Mål 6: En folkhälsobaserad syn på ANDT inom EU och internationellt.

Dessutom har en kartläggning gjorts av hur några jämförbara länder följer upp sin vård och omsorg inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst inom beroendområdet. Detta för att bidra till att ge ytterligare perspektiv på Sveriges uppföljning inom området.

Vid urvalet av indikatorer har även följande tre ingångar varit vägledande.

1. Indikatorer ska återspegla förekomsten av riskfylld konsumtion och substansberoende, dvs. resultat eller utfall som belyser dödligt och skadligt bruk och som kan påverkas och minskas genom vård, behandling eller stöd till grupper med behov av vård och stöd.
2. Indikatorer ska återspegla tillgänglig vård, behandling och stöd, dvs. processer som uppvisar följsamhet till evidensbaserade insatser och rekommendationer.
3. Indikatorer ska belysa strukturella förhållanden, dvs. strukturer som påverkar verksamheternas förutsättningar att bedriva vård och omsorg av god kvalitet.

Den tredje punkten berör faktorer som verksamheterna har att förhålla sig till som till exempel ett läns befolkningsstruktur inom ett geografiskt område, case-mix (olika grad av sjuklighet i landstingen inom en patientgrupp), och andra förutsättningar i befolkningen som påverkar insjuknande i skadligt bruk och substansberoende. Dessa förutsättningar är också viktiga att framhålla när jämförelser redovisas.

Att följa upp insatser och resultat för de enskilda är viktigt, något som Myndigheten för vård och omsorgsanalys påpekar i sin analys av uppföljningen ur ett patient- och brukarperspektiv [2].

De olika resultatområdena som Myndigheten för vård och omsorgsanalys rekommenderar finns med och är kopplade till respektive indikator i bilaga 1, en översikt med indikatorer.

Generella indikatorer

I rapporten redovisas ett urval av indikatorer som är mer generella i sin karaktär och som belyser olika förhållanden och variationer i verksamheterna som kan vara viktiga att följa över tid för att skapa en fördjupad bild av hur verksamheterna har lyckats möta behov av vård och stöd. De generella indikatorerna kan spegla både process, struktur eller resultat. Exempelvis resultat i form av återinskrivning och dödlighet som speglar vård och stöd som summan av flera utfall inom området från flera håll. Dessa indikatorer

har oftast en mindre precision. En hög andel självmord bland personer som vårdats för alkohol- och narkotikadiagnos kan till exempel tyda på bristande tillgänglighet, eller andra brister i kvaliteten i vården eller stödet som de får. Som nämnts tidigare påverkar även andra faktorer verksamheterna.

Resultatindikatorer

Dessa indikatorer ska spegla utfall för en grupp av individer utifrån uppställda mål, dvs. summan av det som genomförts i vården och inom socialtjänsten som ett resultat och som är ändamålsenligt för gruppen som är i behov av vård och omsorg. Exempelvis blir resultat som dessa viktiga: hur många som uppnår ett drogfritt liv, hur många som har fått ett förbättrat hälsotillstånd efter genomgången behandling, hur många i gruppen som har återupprättat ett självständigt liv och kan vara en del i samhället som övriga invånare.

Processindikatorer

Dessa indikatorer ska spegla aktiviteter som utförs i verksamheterna, ofta mäts följsamhet till insatser som är kunskapsbaserade och rekommenderade.

Om individen inte får relevant vård och behandling dvs. adekvata åtgärder i rätt tid kan effekterna utebli. Utebliven vård och behandling kan därmed öka risken för återfall i substansberoende.

SBR erbjuder möjligheten att följa flera rekommendationer som ges i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende som till exempel olika typer av bedömningar och behandlingar. Dock har de fortfarande en låg täckningsgrad av gruppen som är i behov av vård som helhet jämfört med den grupp individer som återfinns i Socialstyrelsens Patientregister och Läkemedelsregister.

Däremot är det enbart uppgifter från läkarbesök som rapporteras under den studerade tidsperioden till Patientregistret. Det gör att det blir svårt att till exempel redovisa hur vården arbetar med AUDIT och DUDIT (bedömningsinstrument som användas för att identifiera substansberoende) om uppgifterna tas från Patientregistret. Öppenvården utförs ofta av andra yrkesgrupper än läkare och därför har uppgifter från SBR använts i denna redovisning trots att gruppen är mindre än den som återfinns i Socialstyrelsens Patientregister.

Dessutom har en hel del av gruppen med en riskfylld konsumtion av olika substanser och substansberoende ofta sin första kontakt i primärvården, och dessa uppgifter är inte tillgängliga i den här uppföljningen eftersom insatser inte registreras eller samlas in på nationell nivå i dagsläget. Några processindikatorer från de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende kommer att redovisas i denna rapport.

Strukturindikatorer

Dessa indikatorer ska spegla förutsättningar som är påverkbara som exempelvis lokaler, personalens kompetens eller tillgången till resurser i verksamheterna. Påverkbara förutsättningar mäts med strukturindikatorer och i denna rapport redovisas några sådana som påverkar verksamheterna.

I tabell 1–2 redovisas en översiktlig sammanställning av alla indikatorer som ingår i rapporten och med koppling till hur urvalet av indikatorer motiveras.

Tabell 1: Generella indikatorer

Indikatorer
Förekomst av riskbruk och substansberoende (resultat)
▲ 1. Dödsfall genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar i befolkningen
▲ 2. Alkoholrelaterade dödsfall i befolkningen
○ 3. Dödlighet bland vårdade
○ 4. Självmod eller självmordsförsök bland vårdade
○ 5. Återinskrivning i slutna vård bland vårdade
▲ 11. Vård och stöd till personer som tvångsvårdas enligt LVM
▲ 12. Perioder av frihet från beroende av olika substanser
▲ 13. Förbättrat hälsotillstånd enligt EQ-5D
Följsamhet till kunskapsbaserade insatser och rekommendationer (process)
○ 10. Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel
Verksamheternas förutsättningar inom området (struktur)
6. Tillgänglighet i socialtjänsten
7. Externa samverkan mellan kommunen och landstinget
8. Extern samverkan mellan kommunen och Statens institutionsstyrelse (SiS)
9. Rutiner inom hemtjänsten vid beroende
■ Ny indikator inom öppna jämförelser
○ Förändrad indikator inom öppna jämförelser
▲ Utvecklingsområde inom öppna jämförelser

Tabell 2: Områdesspecifika indikatorer

Indikatorer
Följsamhet till kunskapsbaserade insatser och rekommendationer (process)
▲ 14. Bedömning med AUDIT för att identifiera beroende av alkohol
▲ 15. Bedömning med DUDIT för att identifiera beroende av narkotika
16. Hög AUDIT-poäng vid bedömning för riskbruk av alkohol under graviditet
▲ 17. Åtgärder till personer med riskbruk av alkohol
▲ 21. Bedömning med ADDIS, SCID I eller MINI
22. Läkemedelsbehandling vid beroende av alkohol
▲ 23. Läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens i slutenvård
24. Läkemedelsbehandling vid opioidberoende
▲ 25. MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, m.fl. behandlingar
Förutsättningar inom området (struktur)
18. Uppföljning med standardiserade bedömningsmetoder inom missbruks- och beroendeverksamheterna
19. Uppföljning med standardiserade bedömningsmetoder inom social barn- och ungdomsvård
▲ 20. (A) Uppföljning med Addiction Severity Index (ASI) 20. (B) Klienter fria från beroende av olika substanser – vid uppföljning enligt ASI. (Resultat inom socialtjänsten)
26. Manualbaserade insatser inom socialtjänsten
27. Stödprogram till närstående
28. Boendeinsatser - Bostad först
29. Boendeinsatser – Vårdkedja
30. Multiprofessionella team
■ Ny indikator inom öppna jämförelser
○ Förändrad indikator inom öppna jämförelser
▲ Utvecklingsområde inom öppna jämförelser

Avgränsningar

Rapporten redovisar data på riks- och länsnivå samt data uppdelat på kön när så är möjligt, både för socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Redovisningen påverkas av vilka uppgifter och data som är möjliga att redovisa, samt kvaliteten på uppgifterna och möjligheterna att bryta ned data på olika nivåer.

När det inte finns tillgänglig data kommer därför projektet att föreslå områden och tänkbara utvecklingsindikatorer som kan vara av intresse i uppföljningssammanhang inom området i framtiden, vilket redovisas i bilaga 8.

För att följa upp insatser, vård och behandling som enskilda får hämtas uppgifter från Socialstyrelsens egna hälsodataregister, vilka är personnummerbaserade. Det gäller främst Patientregister och Läkemedelsregistret. Personnummerbaserad statistik saknas inom socialtjänsten enligt socialtjänstlagen men det finns en del för lagen om vård av missbrukare i vissa fall, lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga samt registret för social barn- och ungdomsvård. Det finns även uppgifter inom ramen för Addiction Severity Index (ASI) som ger en bild av behov av hjälp och stöd inom olika livsområden på individnivå, och av erfarenheter av tidigare eller pågående behandling.

Bedömningen är att det är svårt att få fram lämpliga data som redovisar resultat men med en god utveckling av nuvarande datakällor kan det bli mycket bättre inom några år.

Denna rapport fokuserar framför allt på vuxna inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Av de som har en kontakt i primärvården kan inte redovisas här eftersom det inte finns någon nationell datakälla i dagsläget.

I uppdraget ingår att följa upp spelmissbruk, en ny grupp inom beroend området och ett ansvarsområde både för hälso- och sjukvården och för socialtjänsten. Här finns i dagsläget inte mycket uppgifter eller datakällor och ett antal utvecklingsområden kommer därför att presenteras i bilaga 8, som kan vara lämpliga att följa upp när datakällor utvecklats.

Inom ramen för den här rapporten ingår inte någon redovisning av området tobaksbruk eftersom det inte ingått i uppdraget initialt. Förutom en indikator som berör samverkan och uppföljning med standardiserade bedömningsmetoder inom social barn- och ungdomsvård och SiS. Vård och omsorg till vuxna är svår att följa upp och ännu mer för yngre personer pga. bristen på tillgänglig data.

Lagkrav och verksamheter

En rad olika aktörer delar på ansvaret för att tillhandahålla vård och stöd till personer med ett riskbruk av olika substanser och substansberoende.

Ansvaret för vården och omsorgen delas mellan tre huvudmän: kommunerna, landstingen och staten. Kommunerna tillhandahåller stöd och behandling inom socialtjänsten, landstingen tillhandahåller vård och behandling inom en rad olika verksamheter i hälso- och sjukvården. Statens Institutionsstyrelse (SiS) och Kriminalvården bedriver också verksamhet som berör beroende. Det finns även privata aktörer som utför vård och behandlingsinsatser inom området på uppdrag av någon av de ovanstående huvudmän-

nen. Dessutom finns det privata aktörer som exempelvis arbetsgivare som erbjuder stöd och behandling till sina anställda via företagshälsovården, men den redovisas inte inom ramen för det här uppdraget.

Kommunerna (290) och landstingen (21) beslutar självständigt hur resurserna för vården och omsorgen ska fördelas och prioriteras [10].

Ansvar för stöd, vård och behandling definieras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) HSL, i socialtjänstlagen (2001:453) SoL, i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, samt i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

I kommunerna är socialnämnden huvudman för myndighetsutövningen och utförandet av socialtjänstens insatser. Verksamheterna kan bedrivas i kommunens egen regi eller av andra privata leverantörer på uppdrag av nämnden.

I SoL anges att socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Nämnden ska genom information och uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. Från den 1 januari 2018 utvidgas socialnämndens ansvar för att förebygga och motverka missbruk till att gälla även missbruk av spel om pengar.

Enligt SoL har socialnämnden ett särskilt ansvar för barn och ungdomar när det gäller missbruk. Stöd ges i första hand enligt SoL men det kan i vissa fall bli aktuellt med vård enligt LVU.

I ärende som rör vård enligt LVM (för vuxna) gör socialnämnden en ansökan om tvångsvård hos förvaltningsrätten som fattar beslut. Den typ av insatser som förekommer är bland annat följande:

- Öppna frivilliga insatser, dvs. som inte innebär dygnet-runt-vistelse. Det kan vara strukturerad öppenvård i form av bedömning, behandling och stöd, återfallsprevention, sysselsättning, anhörigstöd eller stöd i form av en utsedd kontaktperson.
- Boende: gruppboende, kategoriboende, inackorderingshem, korttidshem, jourlägenhet, härbärge, träningslägenhet, försökslägenhet, övergångslägenhet, hotell samt hyreskontrakt där socialtjänsten är kontraktsinnehavare, det vill säga "sociala kontrakt" eller liknande. Boende redovisas i vissa fall differentierat: akut boende, övergångsboende eller långsiktigt boende.
- Frivillig familjehemsvård enligt SoL.
- Frivillig institutionsvård enligt SoL.
- Vård med stöd av LVU för unga, i familjehem eller vid privata eller kommunala hem för vård eller boende (HVB).
- Vård med stöd av LVU för unga, på särskilda ungdomshem för psykosocial problematik, problem med kriminalitet eller drogmissbruk.
- Vård med stöd av LVM för vuxna, vid. privata eller kommunala HVB eller vid statliga LVM-hem med olika inriktning och fokus på alkohol-, narkotika- eller blandmissbruk eller i kombination med psykisk störning.
- Mini-Maria ungdom bedrivs tillsammans av kommun och landsting på vissa ställen i landet. De utreder och behandlar ungdomar under 20 år. Det

finns även ett mindre antal beroendemottagningar för vuxna som bedrivs gemensamt av båda huvudmännen.

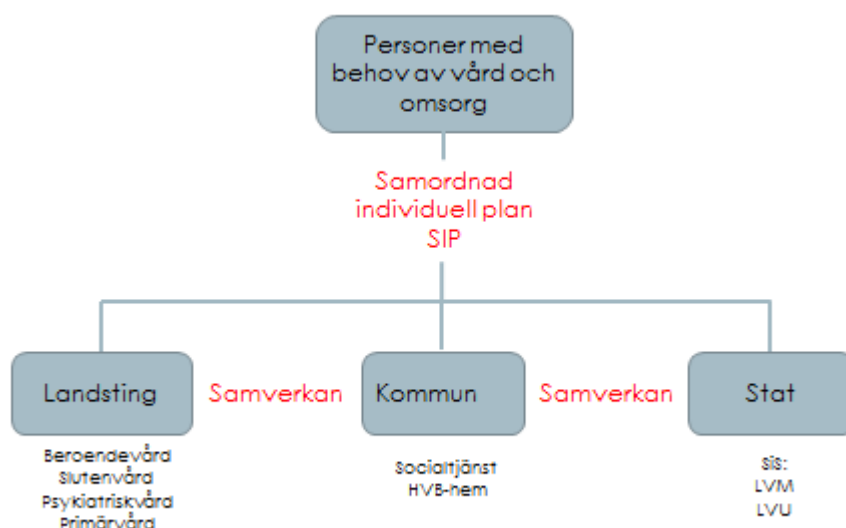
Den vård som ges enligt LVM eller LVU kan utföras av SiS. De bedriver individuellt anpassad tvångsvård och behandling. Individer vårdas endast en begränsad tid på dessa SiS-institutioner för att sedan vårdas i annan öppnare vårdform så snart det bedöms vara möjligt.

HSL, reglerar såväl preventiva medicinska insatser som vård och behandling som utförs av vårdgivare, såväl landstingsdrivna som privata aktörer. Personer med problem med beroende av olika substanser får vård och behandling inom följande verksamheter.

- Specialiserad öppenvård bedrivs inom bland annat så kallade beroendemottagningar. Ett beroende av olika substanser ses om en förvärvad sjukdom som i de allra flesta fall går att behandla. Sjukligheten leder ofta till olika sociala problem. Personalen utför bedömningar och behandling av beroendet. Det kan vara läkemedelsassisterad behandling vid allvarligt beroende eller annan typ av vård och behandling.
- Maria ungdomsmottagning samt akutmottagning, bedriver basutredningar på uppdrag av socialtjänsten samt tar emot barn, ungdomar och unga vuxna som har problem med alkohol och andra droger akut.
- Primärvården utför också bedömningar, rådgivning och viss behandling.
- Inom slutenvården ges heldygnsvård och då är det ofta behandling i form av akut avgiftning, tillnyktring eller behandling av sjuklighet orsakad av skadligt bruk av olika substanser.
- Inom psykiatrisk öppen- och slutenvård vårdas en del patienter som har ett beroende av olika substanser vilket lett till psykisk störning samt psykiatrisk samsjuklighet av olika slag.

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar för att ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer med riskbruk och beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Insatser till vuxna personer med ett beroende inom socialtjänsten bedrivs av kommunala och enskilda utförare, samt vid särskilda ungdomshem och LVM-hem av SiS. När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan i samråd med den enskilde enligt 2 kap. 7 § SoL, och 16 kap. 4 § HSL.

Figur 1: Samverkan mellan olika aktör



Inspektionen för vård och omsorg (IVO) svarar för tillsyn, anmälan av verksamheter och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. IVO granskar att vården och omsorgen är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Trots att allt fler landsting och kommuner upprättar länsövergripande överenskommelser, kan IVO konstatera att det finns samverkansproblem mellan olika verksamheter, i synnerhet när det gäller vård och behandling av individer som har en samsjuklighet [11].

Kriminalvården är en statlig myndighet med ansvar för häkten, fängelser och frivård. De arbetar med att minska återfall i brott, och med att de som dömts till straff samt har ett riskbruk eller substansberoende, ska få behandling för att komma från det med exempelvis tolvstegsprogram eller kognitiv beteendeterapi. Häktena och fängelserna har även läkarmottagningar som fungerar som vanliga vårdcentraler. En stor del av klienterna inom kriminalvården har beroendeproblem.

Enligt ett delbetänkande av missbruksutredningen 2011 har alkoholkonsumtionen minskat men ligger fortfarande på en relativt hög nivå jämfört med 1980- och 1990-talen. Förändringar i konsumtionens storlek är centralt för att bedöma problemens omfattning och det finns inte något som pekar på att alkoholtillgängligheten har eller kommer att minska framöver, vilket gör det rimligt att anta att de höga nivåerna består. Narkotikatillgängligheten bedöms i dag vara hög i Sverige utifrån ett fyrtioårsperspektiv och även här ser inte tillgängligheten ut att ha minskat [12].

Socialstyrelsen bidrar med två nationella riktlinjer som berör beroendområdet och som ska bidra till en evidensbaserad och jämlik vård och omsorg som utgår från huvudmännens, professionens och brukarnas behov. Socialstyrelsen bidrar även med stöd för en kunskapsbaserad socialtjänst som bidrar till en evidensbaserad praktik och i högre utsträckning utgår från brukarnas behov samt att myndigheten avser att redovisa orsaker till ojäm-

likhet och ge stöd för att genomföra insatser för en jämlik hälsa, hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst.

Internationell utblick

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget gjort en kartläggning av hur ett antal länder arbetar med sin uppföljning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten som riktar sig till personer med en riskfylld konsumtion eller beroende av olika substanser. Norge, Finland, Skottland, Nederländerna och Estland har ingått i kartläggningen [13].

Utformningen av de olika uppföljningssystemen påverkas givetvis av hur deras hälso- och sjukvårdssystem samt socialtjänst är utformade och uppbyggda, och av hur systemen finansieras. Frågeställningar som kartlagts i rapporten var att belysa följande punkter:

1. Syftet med uppföljningen:
 - a. Är den policyinriktad för styrning och ledning?
 - b. Är den inriktad på verksamhetsutveckling av befintlig vård och omsorg?
2. Hur är uppföljning på nationell nivå utformad?
3. Ingår uppföljningen i en större uppföljningsmodell?
4. Hur görs urvalsprocesser av mått och indikatorer som är relevanta inom området?
5. Hur görs indikatorbeskrivningar, visualisering och redovisning av data?
6. Kan verksamheterna arbeta med sina resultat utifrån uppföljningen?

Kartläggningen visar att endast Nederländerna och Estland har ett uppdelat ansvar för primärvård och socialtjänst på liknande sätt som Sverige.

Norge, Finland och Skottland har mer av en integrerad organisering av primärvård och socialtjänst vilket ger dem möjligheter att utforma och bedriva vård och omsorg samt att följa upp den på ett annat sätt.

Det har i kartläggningen inte varit helt lätt att uttyda gränser mellan vård och socialtjänst. I de länder där den nationella uppföljningen fokuserar på strategisk målsättning som i Skottland och Estland, saknas det i hög utsträckning information om hur omsorgen och socialtjänsten bedrivs samt följs upp. Båda länderna har dock databaser (som ISD, ScotPHO respektive NIHD:s missbruksregister) som används för att stödja det kvalitetsförbättrande arbetet på lokal nivå.

I Norge och Finland är kommunerna huvudman för både primärvård och socialtjänst. Här finns en hel del data och indikatorer att tillgå även på svenska.

En stor utmaning för NIHD i Estland är att patienter med beroende kan falla mellan stolarna, när de skrivs ut från behandling och när de ska få fortsatta insatser inom socialtjänsten.

I rapporten pekas på värdet av god epidemiologisk data från beställarhåll och i Nederländerna använder tillsynsmyndigheten ett instrument för att uppskatta vårdbehoven och för att följa hur många som får behandling jämfört med hur många som borde omfattas i olika behandlingsprogram.

Sammanfattningsvis kan utifrån kartläggningen konstatera att utan hänsyn till organisering så bör utformningen av uppföljningen vara sammanhängande, oavsett vem som är huvudman, för att det ska vara möjligt att följa upp resultat för grupper som är i behov av vård och omsorg som helhet, oberoende av varifrån de får insatserna. I bilaga 10 finns ytterligare information och hänvisning till rapporten.

Öppna jämförelser – metod

Den här öppna jämförelsen är främst beskrivande till sin karaktär och redovisar variationer i olika former av utfall mellan huvudmännen. Rapporten innehåller inte några analyser om orsakerna till dessa skillnader utan den ska ses som ett underlag i uppföljning av vård och omsorg till personer med ett riskbruk eller beroende av olika substanser på nationell nivå. Rapporten kan även fungera som ett underlag i de fortsatta analyserna och förbättringsarbetet på regional- och lokal nivå.

Ett av Socialstyrelsens samlingsbegrepp i kunskapsstyrningssammanhang har varit vägledande i det här arbetet och det är begreppet *god vård och omsorg* för hela befolkningen, och som omfattar följande sex dimensioner [14]:

1. Vården och omsorgen ska vara *kunskapsbaserad* och baseras på bästa tillgängliga kunskap, och den ska bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
2. Vården och omsorgen ska vara *säker*. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
3. Vården och omsorgen ska vara individanpassad och ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ha möjlighet att vara delaktig.
4. Vården och omsorgen ska vara *effektiv* och utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.
5. Vården och omsorgen ska vara *jämlig* och tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.
6. Vården och omsorgen ska vara *tillgänglig* och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

Socialstyrelsen arbetar kontinuerligt med alla dimensionerna i flera olika rapporter.

Vid bedömning och urval av indikatorer utgår Socialstyrelsen från följande sex kriterier:

1. Indikatorn ska ange *riktning*, dvs. att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet eller effektivitet.
2. Indikatorn ska vara *relevant* och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra och som speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet i utfallet.

3. Indikatoren ska vara *valid*, vilket innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år.
4. Indikatoren ska vara *vedertagen* och bygga på kunskap, t.ex. nationella riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren).
5. Indikatoren ska vara *påverkbar* så att huvudman eller utförare kan påverka indikatorns utfall.
6. Indikatoren ska vara *mätbar* och den ska kunna mätas med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data.

Av alla kriterier är kriteriet, att identifiera en uttalad riktning viktigast, dvs. att indikatorn ska kunna spegla att höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet eller effektivitet. Om indikatorn inte kan spegla någon riktning så är måttet ett bakgrundsmått.

Ambitionen är att alla dataunderlag som redovisas ska ha en god kvalitet, vara aktuella och rikstäckande och kontinuerligt användas för att därmed även förbättras. I kommande fyra avsnitten beskrivs de viktigaste stegen vid bedömning av dataunderlag inom öppna jämförelser.

Resultatredovisning och tolkning

Öppna jämförelser innebär huvudsakligen att data bearbetas för att redovisa ett utfall enligt en definierad indikator samt genom ett antal olika identifierade redovisningsnivåer som har relevans för området och som ska följas upp. I den här rapporten används länsnamn genomgående i diagrammen eftersom data till övervägande del redovisas utifrån individens hemlän. I vissa fall redovisas huvudmannens produktion, dvs. då indikatorn berör den verksamhet som produceras hos den specifika huvudmannen, och då även inkluderar individer som bor i ett annat län men som vårdas i annat län än i hemlandet. I texten för varje indikator adresseras dock huvudmännen, dvs. landstingen eller kommunerna som är den aktör som kan påverka utfallet.

Öppna jämförelser är deskriptiva och variationer kommenteras så att läsaren lättare ska kunna tolka utfallet för egna analyser och nedbrytning på en mer detaljerad nivå i landsting eller kommun.

Texterna innehåller ingen analys av orsakerna till de skillnader som uppvisas mellan huvudmännen. Det är verksamhetens företrädare som bäst kan tolka och värdera sitt utfall i nästa steg. Rapporten utgör underlag för förbättringsarbete och analys på regional och lokal nivå.

Utfallen eller data i diagrammen sorteras efter önskvärd riktning vilket innebär i normalfallet att en placering högt upp i diagrammen är ett bättre utfall än en lägre placering. För de flesta indikatorer gäller att verksamheterna ska ha möjlighet att påverka utfallet.

Det finns många faktorer att ta hänsyn till när data granskas och variationerna beror inte sällan på skillnader i lokala och regionala förutsättningar, t.ex. skillnader i befolkningarnas hälsotillstånd och sammansättning. I många fall görs en åldersstandardisering utifrån befolkningsunderlag för att öka jämförbarheten vilket innebär att de olikartade åldersstrukturerna i landsting eller kommun korrigeras för eller jämnas ut.

Det kan dock finnas skillnader i hälsotillstånd eller sjuklighet som inte bara beror på ålder och som inte kan korrigeras för. De justeringar som gjorts anges i diagramrubriker eller text.

Det är också viktigt att beakta skalan på värdeaxeln (dvs. den beroende variabeln): den skiljer sig stort mellan olika diagram och börjar ofta inte på noll eller går exempelvis inte upp till 100 procent.

Värden som bygger på färre än 30 observationer visas inte i diagrammen. För öppna jämförelser är det önskvärt att visa så aktuella data som möjligt och det är en fördel om indikatorn är utformad så att förbättringsarbete kan ge effekt på kort sikt, men oftast ses effekter först på lång sikt. För indikatorer med liten datamängd, bör dock längre tidsperioder användas. Orsaken är att den statistiska osäkerheten kan bli alltför stor och att de årliga resultaten varierar beroende på slumpen. En avvägning behöver därför göras mellan aktualitet och statistisk säkerhet.

Konfidensintervall

I de flesta diagrammen redovisas konfidensintervall för den statistiska osäkerheten för ett enskilt värde, för att visa var inom ett visst intervall, det så kallade, sanna värdet befinner sig. Sådana intervall används ofta för att uppskatta osäkerheten i ett skattat värde vid slumpmässiga urval. Med få observationer ökar utrymmet för slumpen och då blir konfidensintervallen bredare.

Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det ”sanna” värdet med 95 procents säkerhet befinner sig. Flera av jämförelserna i denna rapport baseras dock inte på ett slumpmässigt urval utan på det totala antalet observationer inom en tidsperiod, exempelvis uppgifter från Socialstyrelsens hälsodataregister. I kvalitetsmätningar och i samband med jämförelser är det ändå vedertaget att ange den statistiska osäkerheten eftersom utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall av en process som innehåller en slumpfaktor. Då är det en fördel att beskriva osäkerheten med konfidensintervall.

Målnivåer

Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram målnivåer för indikatorerna inom nationella riktlinjer och vilket sker i samband med att följsamheten till nationella riktlinjer utvärderas. De fastställda målnivåerna ger tydligare och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot. Målnivåerna har en vetenskaplig förankring. I den här rapporten redovisas också indikatorer från de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende men i nuläget finns ännu inte några fastställda målnivåer eftersom det ännu har gjorts någon utvärdering ännu av området.

Representativitet

När det gäller data från kvalitetsregister är det viktigt att ta hänsyn till registrens täckningsgrader. Även om ett register har god täckningsgrad, dvs. alla aktuella huvudmän som har vård och behandling ingår, kan registrets data ändå innehålla kvalitetsbrister som inte alltid är helt uppenbara.

Andelen rapporterade individer varierar mellan de olika huvudmännen, vilket kan påverka utfallet. Det kan saknas information om individer som eventuellt borde finnas med och det redovisade utfallet ger alltså inte en rättvis bild för hela gruppen som har behov av vård och omsorg. För vissa indikatorer accepteras en relativt stor variation i täckningsgrad, detta anges då i texten som en särskild osäkerhet.

Datakällor

Följande datakällor har använts i denna rapport.

Figur 2: Datakällor och övriga källor som använts i rapporten

Socialstyrelsens register

Patientregistret

Dödsorsaksregistret

Läkemedelsregistret

Register över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Register över insatser för barn och unga, (SoL, LVU)

Övriga källor, Socialstyrelsen

Öppna jämförelser, Enkät till socialtjänsten, myndighetsutövning

Socialstyrelsens enkät till landstingen, Sjukdomsförebyggande metoder

Nationella kvalitetsregister

Svenskt beroenderegister

Graviditetsregistret

Övriga datakällor

Register över befolkningens utbildning, SCB

Rapportens disposition och bilagor

Rapporten består av två delar, varav del ett är en inledning och introduktion som beskriver bakgrunden till uppdraget, samt att den innehåller beskrivningar och definitioner av centrala begrepp. I del två behandlas resultaten enligt en given ordning med koppling till ett antal delområden, samt med hänsyn till vad indikatorerna avser att belysa inom vården och omsorgen till personer med riskfylld konsumtion och substansberoende. Varje indikator redovisas med data i diagramform tillsammans med en förklarande text.

Tidsserier för riket och eventuell tilläggsinformation redovisas där det är relevant. Till rapporten hör flera bilagor varav några delges i elektronisk form på Socialstyrelsens hemsida tillsammans med rapporten.

Resultatredovisning

Verksamheterna inom hälso- och sjukvården där personer söker kontakt med vården för frågor som berör riskbeteende eller beroende kan beskrivas på följande sätt:

- Specialiserad öppenvård i form av beroendemottagningarna med riktade insatser till personer med allvarligare substansberoende. Integrerade team bedrivs dessutom gemensamt av kommun och landsting på en del håll i landet, dvs. som beroendemottagningar för vuxna.
- Slutenvård, vårdade för akut förgiftning eller annan sjuklighet.
- Akutmottagningar, vårdade för akut förgiftning av olika substanser.
- Primärvård, bedömning, diagnostisering och behandling av bredare grupper inklusive de som har en riskfylld konsumtion.

Verksamheter inom socialtjänsten kan beskrivas på följande sätt:

- Myndighetsutövning, sökande kontaktar för egen räkning eller för anhörig eller annan familjemedlem.
- Socialtjänstens stöd och behandling i form av öppna frivilliga insatser eller olika former av boendeinsatser, tvångsvård enligt LVU för ungdomar samt LVM för vuxna med missbruksproblem.

I några län bedrivs dessutom mini-maria ungdom, en verksamhet som utreder och behandlar ungdomar under 20 år, den bedrivs på en del ställen gemensamt av kommun och landsting. I andra län bedriver landstingen maria mottagningar som erbjuder rådgivning och behandling för personer upp till 25 år.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende finns rekommendationer om bedömningsinstrument, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling för vuxna respektive ungdomar samt psykosociala stödinsatser. Rekommendationerna riktar sig till de just uppräknade verksamheterna [1].

I följande resultatdel redovisas indikatorer med data inom området, varav en del berör mer generella indikatorer som är av mer övergripande karaktär, andra är områdesvisa indikatorer som berör olika delar av behandling och stöd som gruppen i behov av vård och omsorg kan ta del av.

Generella indikatorer

Socialstyrelsen redovisar här några generella indikatorer för området.

Tabell 3: Generella indikatorer

Generella indikatorer	Område	Typ av indikator	ANDT mål	
			2016–2020	Resultatområde
1. Dödsfall genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar i befolkningen	Dödlighet	Resultat Utvecklingsområde	Mål 5	Grad av missbruk/ beroende
2. Alkoholrelaterade dödsfall i befolkningen	Dödlighet	Resultat Utvecklingsområde	Mål 5	Grad av missbruk/ beroende
3. Dödlighet bland vårdade	Dödlighet Hälso- och sjukvård	Resultat	Mål 5	Grad av missbruk/ beroende
4. Självmod eller självmodsförsök bland vårdade	Självmod Hälso- och sjukvård	Resultat	Mål 5	Grad av missbruk/ beroende
5. Återinskrivning i slutenvård bland vårdade	Återinskrivningar Hälso- och sjukvård	Resultat	Mål 5	Grad av missbruk/ beroende
6. Tillgänglighet i socialtjänsten	Tillgänglighet Socialtjänst	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
7. Externa samverkan mellan kommunen och landstinget	Samverkan Missbruksverksamhet Socialtjänst	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
8. Extern samverkan mellan kommunen och Statens institutionsstyrelse (SIS)	Samverkan Social barn- och ungdomsvård Socialtjänst	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
9. Rutiner inom hemtjänsten vid beroende	Rutiner Hemtjänst Socialtjänst	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
10. Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel	Läkemedelsbehandling Hälso- och sjukvård	Process	Mål 3	Grad av missbruk/ beroende
11. Vård och stöd till personer som tvångsvårdas enligt LVM	Vård och stöd LVM	Resultat Utvecklingsområde	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
12. Perioder av frihet från beroende av olika substanser	Drogfrihet Hälso- och sjukvård	Resultat Utvecklingsområde	Mål 5	Fysisk och psykisk hälsa. Självständighet.
13. Förbättrat hälsotillstånd enligt EQ-5D	Förbättra hälsa Hälso- och sjukvård	Resultat Utvecklingsområde	Mål 5	Fysisk och psykisk hälsa

Se översikt för indikatorer i bilaga 1.

1. Dödsfall genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Vid uppföljning av narkotikaberoende, är det nu viktigt att även inkludera nu grupper med läkemedelsberoende och dopningsmedel. Dessa nya grupper gör att antalet personer med beroende har ökat [15]. Det finns olika uppskattningar om beroendets omfattning och hur mycket som inte behandlas idag. Obehandlat och skadligt bruk leder dessutom till allvarliga konsekvenser i form av sjukdom, för tidig död och social utslagning som arbetsoförmåga, kriminalitet, hemlöshet och annan social problematik.

Den mest beslagtagna illegala drogen i Sverige är cannabis och de flesta beslagen av narkotika görs i södra Sverige. Försäljning via internet är en betydande handelsarena på senare år, där utbudet är omfattande och lättillgängligt oavsett geografiskt läge. De nya psykoaktiva substanserna utgör också ett växande problem det gäller även illegal handel med narkotiska läkemedel som exempelvis fentanyl i form av nässpray. Dessa substanser och läkemedel säljs via internet [16].

Världshälsoorganisationen (WHO) lanserade under 2014 nya riktlinjer för första hjälpen-insatser vid drogöverdoser, vilket innebär att länder ska göra opioid-antidoten naloxon tillgänglig för närstående till personer som riskerar att överdosera opioider, så att inte bara för sjukvårdspersonal har tillgång till antidoten.

Socialstyrelsen har även i samverkan med Folkhälsomyndigheten tagit fram en åtgärdsplan för att motverka den narkotikarelaterade dödligheten som en åtgärd för att bland annat minska överdoserna av opioider [8]. Dessutom ska Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten tillsammans under 2018 utreda förutsättningarna för ökad samverkan mellan berörda myndigheter i syfte att genom ett varningssystem mellan myndigheter i ett tidigt skede kunna upptäcka förändrade mönster vid intag av olika substanser som kan orsaka plötslig ökning av antalet dödsfall.

En del i arbetet består även av att överväga möjligheten att tillgängliggöra naloxonläkemedel i Sverige i enlighet med WHO:s rekommendation. Under 2017 kommer Socialstyrelsen och Läkemedelsverket att analysera och redogöra för möjlig reglering av naloxon [17].

Det är därför viktigt att redovisa ett bredare mått av dödsfall orsakade av läkemedels- och narkotikaförgiftning från Dödsorsaksregistret som görs här och som kodas enligt internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD). I denna redovisning ingår dödsfall som traditionellt inte anses tillhöra den primära gruppen som är föremål för beroendevård, dvs. som både redovisar dödsfall orsakade av både legalt och illegalt användande av narkotiska preparat och läkemedel. En majoritet av dödsfallen som klassas som förgiftningar orsakade av läkemedel och narkotika undersöks rättsmedicinskt av Rättsmedicinalverket för att identifiera de olika substanserna. Den ökning som kan ses i dödligheten sammanfaller med de metodförändringar som genomförts och det gäller framförallt om man tittar på trender rörande enskilda substanser. Fram till 2006 saknades information om substanser för cirka 20 procent av dödsfallen och tidsserier som sträcker sig över 2006–2007 är därför något osäkra [18].

Socialstyrelsens redovisning av dödsfallen kan inte i nuläget spegla hur dödsfallen fördelar sig exempelvis mellan läkemedel och illegala droger likaså kan inte de förändringar eller glidningar som existerar mellan olika substanser särredovisas på ett tydligt sätt i dagsläget.

Opioider är potenta smärtstillande läkemedel och kan delas in i (A) opia-ter, här ingår substanser som är strukturellt besläktade med morfin och som ursprungligen extraheras från opiumvallmon och (B) hel- eller halvsyntetiska opioider som inte har sitt ursprung från naturen. Gemensamt för opioiderna är att de med ökande dos kan framkalla andningsdepression och död. Vid långvarig användning kan individen få en tolerans och då kan allt högre doser krävas för att få effekt, vilket innebära ökad risk för överdos [18].

Opioider var den vanligaste substansen bland dödsfall orsakade av läke-medels- och narkotikaförgiftningar under 2016. Den vanligaste koden var andra syntetiska narkotiska substanser (T40.4) där bland annat opioiderna fentanyl, tramadol och buprenorfin ingick. Därefter bensodiazepiner (T42.4) och andra antiepileptika, lugnande medel och sömnmedel (T42.6) [19].

Smärtstillande medel som hämtas ut på recept förskrivs oftast vid långva-riga smärtor. Socialstyrelsen ser att läkemedlen förskrivs i större utsträckning till personer med förgymnasialutbildning jämfört med personer med högre utbildning. Det är i läkemedelsgruppen övriga analgetika och antipyretika som den största skillnaden finns mellan personer med olika utbildnings-bakgrund [20].

Om redovisningen	Utvecklingsområde
Definition	I förgiftningar ingår dödsfall orsakade av förgiftning av narkotika, läkemedel eller biologiska substanser med följande underliggande dödsorsak (a) förgiftning med oklar avsikt (Y10–Y14), (b) olycksfalls-förgiftning/oavsiktlig självdestruktiv handling (X40–X44), (c) självmord/självdestruktiv handling (X60–X64).
Önskad effekt	Färre dör på grund av skadligt bruk av alkohol, narkotika eller felaktig användning av läkemedel.
Jämförelsen visar	Dödsfall genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar i befolkningen.

Dödsfall i läkemedels- och narkotikaförgiftningar är totalt sett betydligt vanligare hos män än hos kvinnor och det gäller framförallt olycksfallsför-giftningar men även förgiftningar med oklar avsikt. Under 2016 uppgick dödsfallen i läkemedels- och narkotikaförgiftningar till 605 dödsfall bland män och till 303 dödsfall bland kvinnor totalt sett i riket.

Bland dödsfallen i läkemedels- och narkotikaförgiftningar för kvinnor är de som klassificeras som självmord mest dominerande, och uppgick till 3 dödsfall per 100 000 invånare i riket 2016 (diagram 1.1). De mest domine-rande dödsfallen bland män är olycksfallsförgiftningar och utfallet är dessu-tom ökande, och uppgick till 8 dödsfall per 100 000 invånare i riket 2016 (diagram 1.2). Här ingår även överdoser. Ökningen pågick från 2006 och nådde en topp 2015 och har sedan minskat något 2016. Den högsta dödlig-heten i läkemedels- och narkotikaförgiftningar återfinns i åldergrupperna 30–44 år och 45–59 år, och en ökning har pågått sedan 2006 (diagram 1.3). Den ökning som kan ses, kan som tidigare påpekats orsakas av dels metod-

förändringar som genomförts av Rättsmedicinalverket vid registreringen av dödsfallen men en faktisk ökning kan inte heller uteslutas.

Dödligheten i läkemedels- och narkotikaförgiftningar sett i relation till utbildningsbakgrund tydliggör att en ökning främst har pågått bland personer med förgymnasialutbildningsbakgrund mellan 2006–2015 (diagram 1.4).

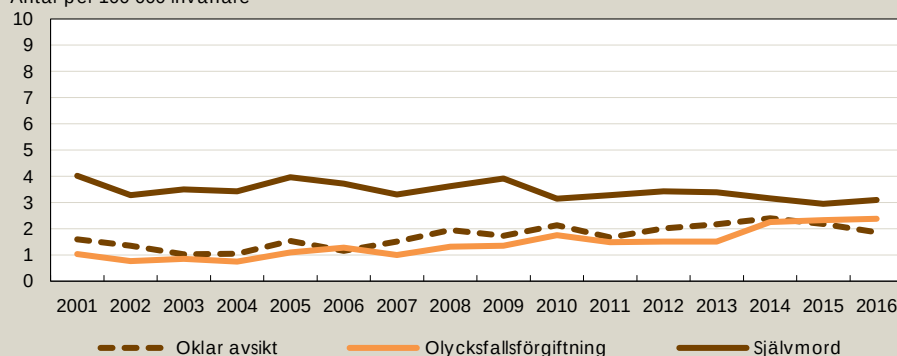
I länen redovisas dödligheten i läkemedels- och narkotikaförgiftningar fördelat utifrån tre kategorier förgiftningar med oklar avsikt, olycksfallsförgiftningar, självmord samt det sammantagna antalet dödsfall per län (dvs. antalet dödsfall för stapeln som helhet för respektive län). Här ses en variation mellan som minst 6,4 dödsfall per 100 000 invånare i Blekinge till som högst 17,2 dödsfall per 100 000 invånare i Västernorrland (diagram 1.5).

I två diagram, ett för kvinnor (diagram 1.6) samt ett för män (diagram 1.7) visas den totala dödligheten i läkemedels- och narkotikaförgiftningar samt utfall med jämförelseperiod. Som tidigare påpekats är dödligheten högre bland män än bland kvinnor. För kvinnor återfinns en variation mellan som minst 3,8 dödsfall per 100 000 invånare i Blekinge till som högst 11,3 dödsfall per 100 000 invånare i Västmanland. En mycket större variation ses för män, mellan som minst 8,6 dödsfall per 100 000 invånare i Blekinge till som högst 27,1 dödsfall per 100 000 invånare i Västernorrland. Utvecklingen mellan de två tidsperioderna är ökande (observera att tidsperioderna för länen består av tre års sammanslagna värden i diagrammen 1.6 och 1.7) varav vissa län har betydande öknings mellan tidsperioderna.

1.1. RIKET. KVINNOR. Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Antal döda genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar per 100 000 invånare uppdelat på oklar avsikt (Y10–Y14), olycksfallsförgiftning (X40–X44), självmord (X60–X64), avser personer 15 år och äldre. Ålderstandardiserade värden.

Antal per 100 000 invånare

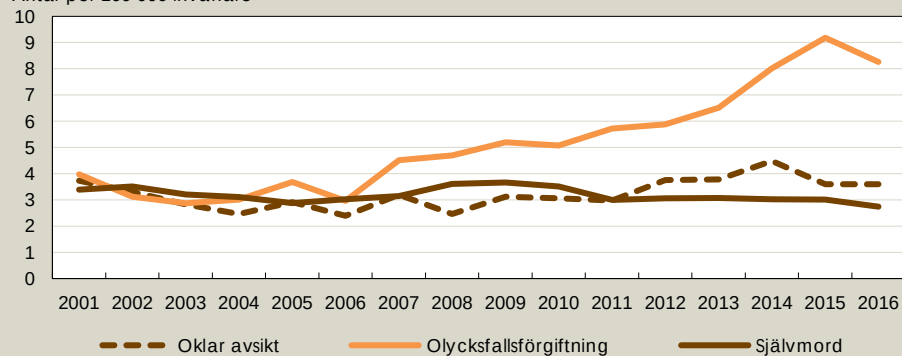


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

1.2. RIKET. MÄN. Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Antal döda genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar per 100 000 invånare uppdelat på oklar avsikt (Y10–Y14), olycksfallsförgiftning (X40–X44), självmord (X60–X64), avser personer 15 år och äldre. Ålderstandardiserade värden.

Antal per 100 000 invånare

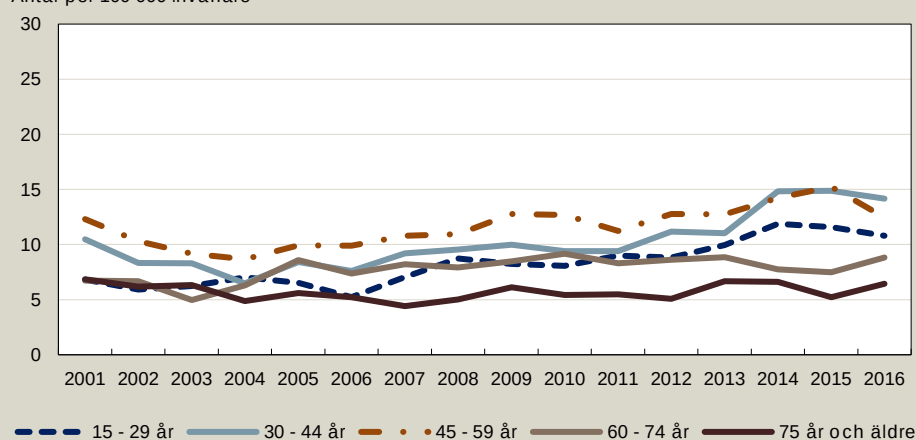


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

1.3. RIKET. TOTALT. Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Antal döda genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar per 100 000 invånare. Ålderstandardiserade värden.

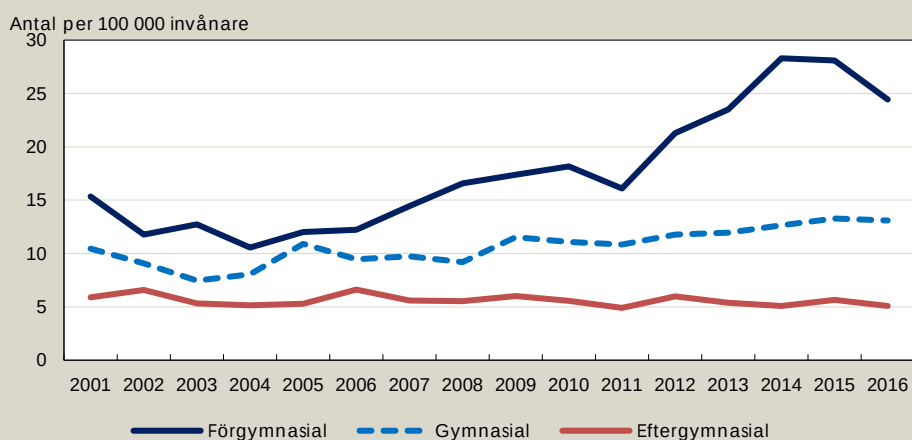
Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

1.4. RIKET. TOTALT. Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar

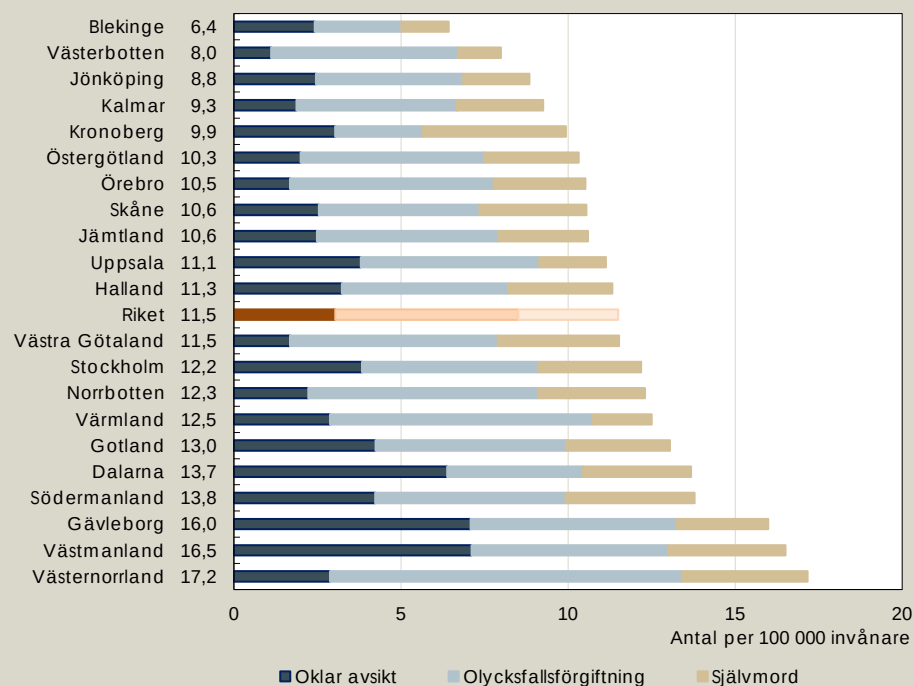
Antal döda genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar per 100 000 invånare, avser personer 35 - 79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

1.5. LÄN. Totalt. Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar

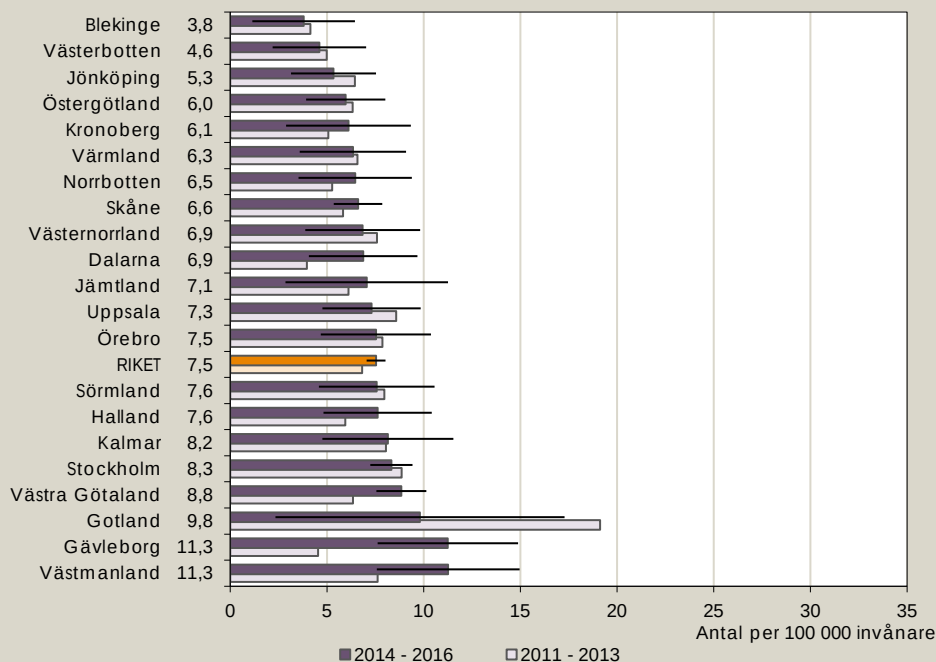
Antal döda genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar, avser personer 15 år och äldre, 2014 - 2016. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

1.6. LÄN. KVINNOR. Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar

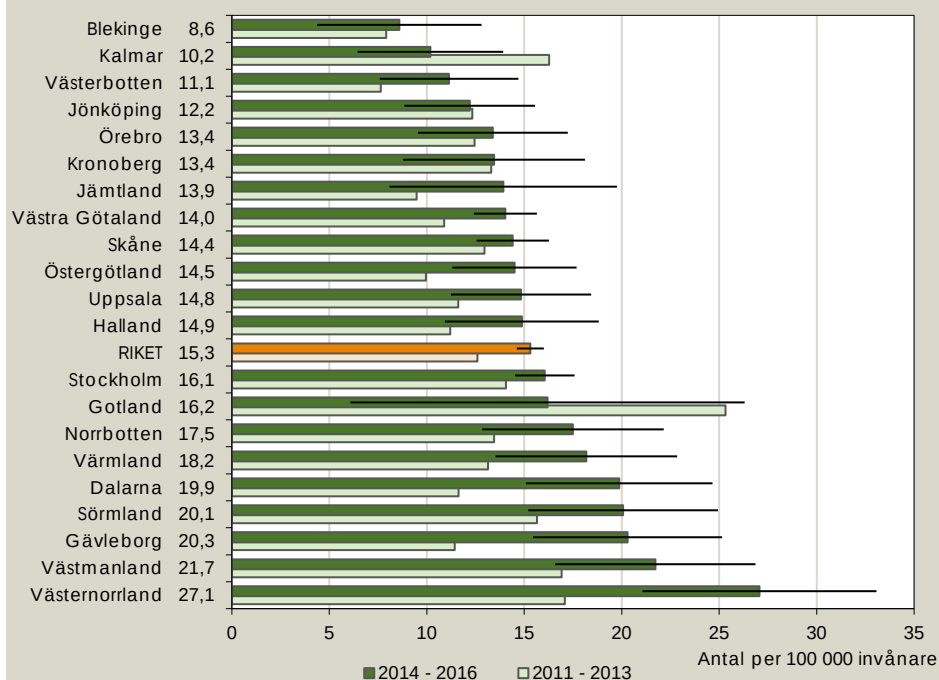
Antal döda genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar per 100 000 invånare, avser personer 15 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

1.7. LÄN. MÄN. Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Antal döda genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar per 100 000 invånare, avser personer 15 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

2. Alkoholrelaterade dödsfall

Folkhälsomyndigheten uppger i en rapport från 2016 att folkhälsan utvecklats positivt i Sverige och att riskkonsumtionen av alkohol minskar i befolkningen. Den minskar i åldrarna 16–44 år, är oförändrad i åldrarna 45–64 år men något ökande i åldrarna 65–84 år [21].

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) bekräftar i sin rapport att berusningskonsumtionen av alkohol (s.k. intensivkonsumtion) har minskat över tid, att unga dricker mer sällan än äldre och att kvinnors alkoholkonsumtion har sjunkit något över tid, dock inte i den äldre åldersgruppen kvinnor 65–84 år. Vidare ses konsumtionstoppar under sommar- och vintertid [22].

Inom EU påpekas att selektering av grupper som löper en högre risk att utveckla ett beroende i befolkningen bör identifieras bättre för att arbetet med prevention ska kunna riktas tydligare till olika grupper. Det kan vara särskilt effektivt att vända sig till yngre grupper för att få ett bra genomslag som till exempel till unga på olika nivåer inom utbildningssystemet [23].

Utöver huvudmännen på kommun- och landstingsnivå, finns det även på nationell nivå en rad olika aktörer som också agerar inom alkoholområdet och som kan påverka den alkoholrelaterade dödligheten. Aktörerna som exempelvis Folkhälsomyndigheten, Kriminalvården, Kustbevakningen, Länsstyrelserna, Polismyndigheten och Socialstyrelsen. Myndigheterna bedriver lagstyrd verksamhet, tar bland annat fram kunskapsstöd, ger rekommendationer om behandling samt fördelar statsbidrag inom området för att stimulera till verksamhetsutveckling [24].

Om redovisningen	Utvecklingsområde
Definition	I detta alkoholindex ingår följande ICD-10 koder: alkoholutlöst pseudocushingsyndrom (E244), psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol (F10), degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol (G312), alkoholutlöst polyneuropati (G621), alkoholutlöst myopati (G721), alkoholkardiomyopati (I426), gastrit orsakad av alkohol (K292), leversjukdom orsakad av alkohol (K700–709), akut pankreatit orsakad av alkohol (K852), kronisk pankreatit orsakad av alkohol (K860), vård av blivande moder för (misstänkt) skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern (O354), foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern (P043), fetalt alkoholsyndrom (Q860), toxisk effekt av alkohol (T510–519), tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom mätning av blodets alkoholhalt (Y901–Y909), tecken på alkoholpåverkan med kliniskt fastställt intoxikationsgrad (Y911–Y919), rehabilitering av alkoholmissbrukare (Z502), rådgivning och kontroll vid alkoholmissbruk (Z714), livsstilsproblem genom alkoholbruk (Z721).
Önskad effekt	Färre dör på grund av skadligt bruk av alkohol, narkotika eller felaktig användning av läkemedel.
Jämförelsen visar	Alkoholrelaterad dödlighet i befolkningen (index).

I diagrammen redovisas den alkoholrelaterade dödligheten i form av ett index. Här ingår en rad olika dödsfall som kan relateras till alkohol, exempelvis till beteendestörning eller leversjukdom orsakad av alkohol. Dödsorsakerna dokumenteras på dödsorsaksintyget och utgör grunden för det som registreras i Socialstyrelsens Dödsorsaksregister.

Den alkoholrelaterade dödligheten är i princip oförändrad eller något minskande under de senaste femton åren enligt gällande alkoholindex med data från Dödsorsaksregistret (diagram 2.3). Antalet dödsfall är högre bland män än bland kvinnor (diagram 2.1 och 2.2), dödligheten är högre i åldrarna 60–74 samt bland 75 år och äldre (diagram 2.1 och 2.2).

I relation till personers utbildningsbakgrund är dödligheten högre bland personer med förgymnasial utbildning hos både kvinnor och män (diagram 2.4 samt 2.5). Dock är skillnaderna mellan män med olika utbildningsbakgrund mycket större. Den är något minskande bland män med förgymnasial- och gymnasial utbildning sett över tid (diagram 2.5).

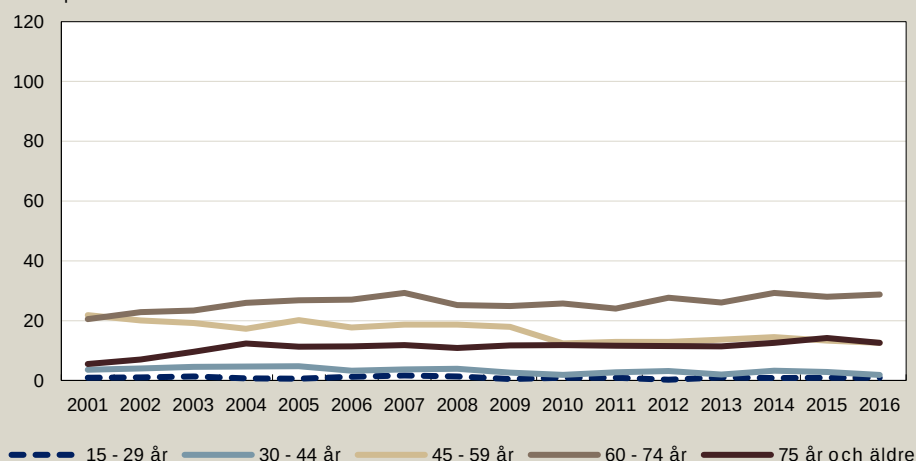
Under 2016 uppgick de alkoholrelaterade dödsfallen totalt till 1 920 dödsfall varav 1 475 dödsfall återfanns bland män och 445 dödsfall bland kvinnor i riket.

De alkoholrelaterade dödsfallen bland kvinnor varierar i länen mellan 6,2 dödsfall och 17,4 dödsfall per 100 000 invånare (diagram 2.6). Variationen i länen bland män ligger mellan 29 dödsfall och 55 dödsfall per 100 000 invånare (diagram 2.7).

2.1. RIKET. KVINNOR. Alkoholrelaterade dödsfall

Antal alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.

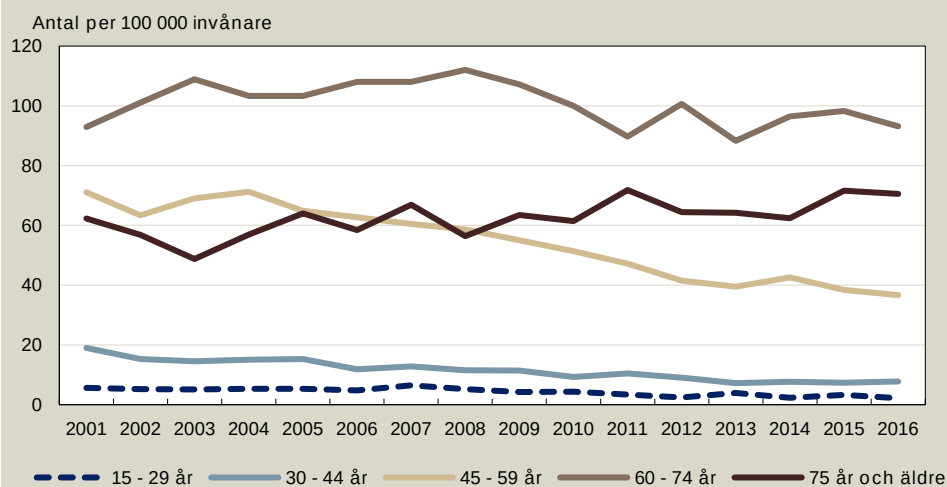
Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

2.2. RIKET. MÄN. Alkoholrelaterade dödsfall

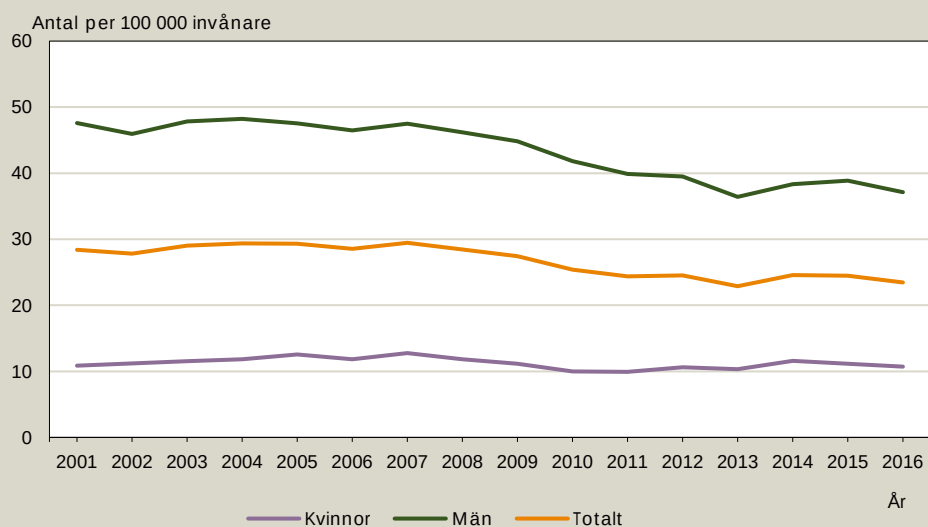
Antal alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

2.3. RIKET. Alkoholrelaterade dödsfall

Antal alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare, avser personer 15 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.

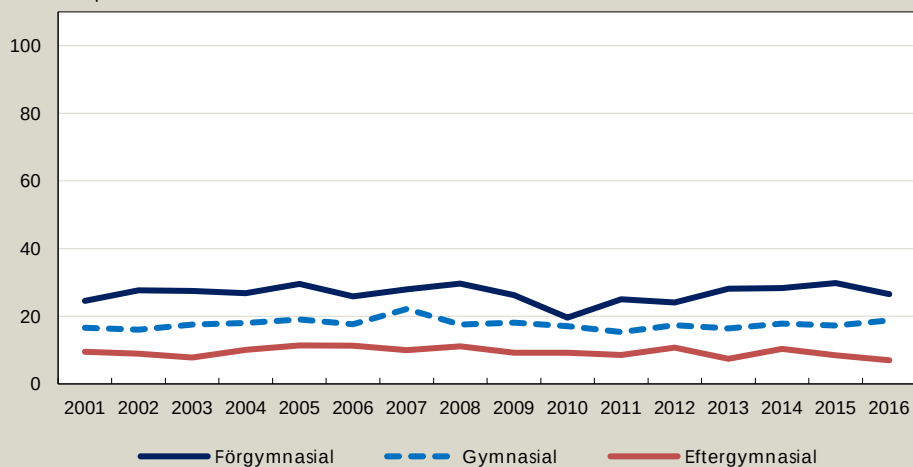


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

2.4. RIKET. KVINNOR. Alkoholrelaterade dödsfall

Antal alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare, avser personer 35-79 år.
Åldersstandardiserade värden.

Antal per 100 000 invånare

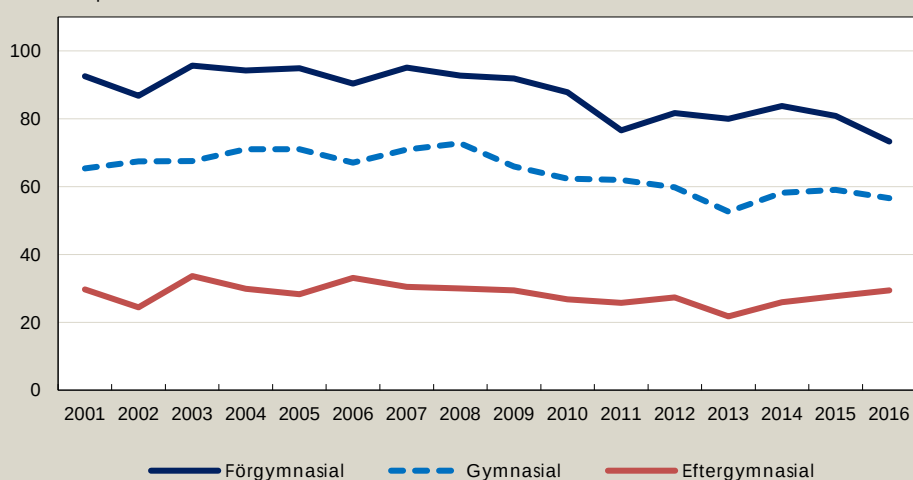


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

2.5. RIKET. MÄN. Alkoholrelaterade dödsfall

Antal alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare, avser personer 35-79 år.
Åldersstandardiserade värden.

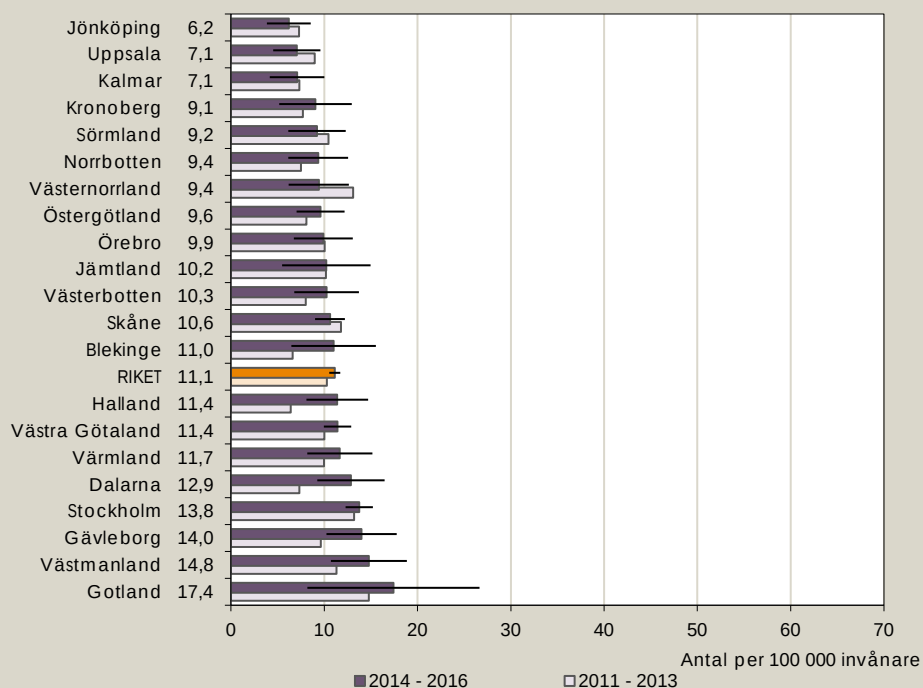
Antal per 100 000 invånare



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

2.6. LÄN. KVINNOR. Alkoholrelaterade dödsfall

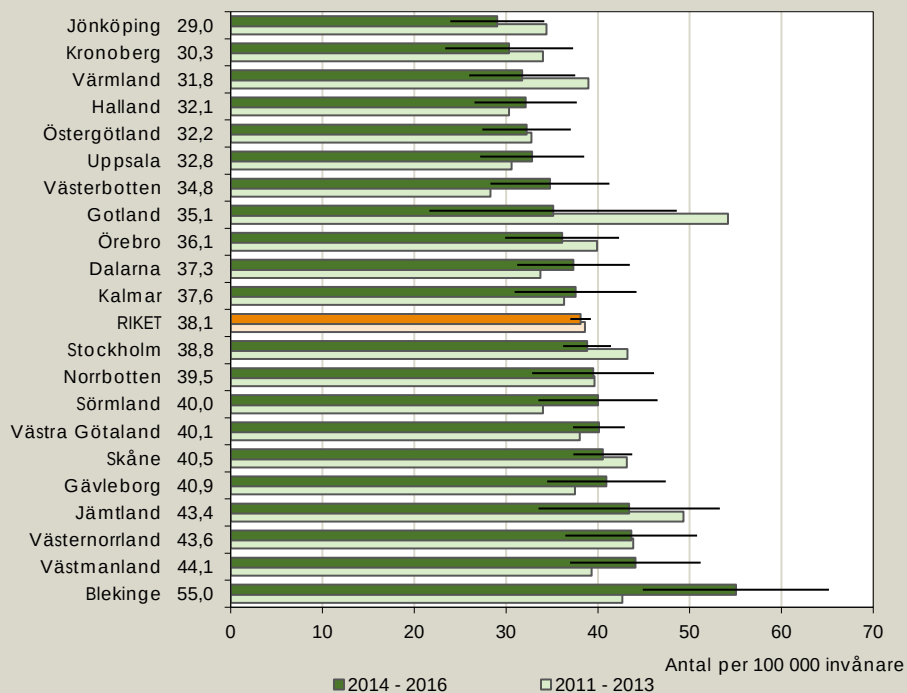
Antal alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare, avser personer 15 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

2.7. LÄN. MÄN. Alkoholrelaterade dödsfall

Antal alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare, avser personer 15 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

3. Dödlighet bland vårdade

Det finns olika uppskattningar avseende problemets utbredning i Sverige. Under 2009–2011 genomfördes en statlig översyn av beroendevården i Sverige, den så kallade Missbruksutredningen samt några andra rapporter [1, 12, 25] där omkring 780 000 personer över 18 år uppskattades ha ett missbruk eller beroende av alkohol, varav 330 000 personer har ett beroende. Antalet personer som har ett skadligt bruk av alkohol uppskattades till cirka 80 000, baserat på antalet personer som vårdats i öppen eller slutenvård med alkoholdiagnos. Antalet personer med ett beroende av narkotika har skattats till 55 000 personer [26]. Enligt en annan skattning från 2007 [15], som baseras på antal personer med en narkotikadiagnos inom hälso- och sjukvården eller som har klassats som beroende till narkotiska preparat inom kriminalvården, uppskattades då att cirka 29 500 personer hade en mycket problematisk narkotikaanvändning.

För att minska dödligheten orsakad av alkohol och narkotika är det viktigt med tidig upptäckt och förebyggande insatser. En rad olika samhälls- och välfärdsaktörer arbetar med riktade insatser, och till olika grupper i befolkningen med högre risk.

Socialstyrelsen gjorde en analys av 2014 års narkotikarelaterade dödsfall. I underlaget framgick att dödsfallen var spridda över alla åldrar, att de omfattade olycksfallsförgiftningar, skadehändelser med oklar avsikt och suicidförgiftningar med läkemedel och andra droger, samt att de orsakats av ett tidigare skadligt bruk av olika substanser. Det var substanser från förskrivningsbara läkemedel (opioider av olika slag), droger (centralstimulerande och psykoaktiva substanser) utan medicinsk användning och ofta har olika substanser kombinerats [8].

Förekomsten av läkemedelsberoende är något som också bör uppmärksammas i större utsträckning inom vården. I missbruksutredningen [25] gjordes en bedömning att vården endast når en av fem med beroendeproblem och att merparten av dem som vården når är personer med social problematik.

Ett beroende av olika substanser kan dessutom leda till en rad andra sjukdomar och ohälsa som till exempel hjärt-kärlsjukdomar, leverskador, cancer, neurologiska sjukdomar, obotliga störningar i hjärnan eller psykisk ohälsa.

En hög dödlighet kan tyda på att samsjuklighet inte har identifierats i tillräcklig utsträckning inom vården eller på bristande omhändertagande av dem som har en diagnos på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Om indikatorn	
Definition	Inom hälso- och sjukvården används ICD-10 och diagnoserna <i>substansberoende</i> eller <i>skadligt bruk</i> samt i vissa fall enligt DSM-5 inom psykiatrisk verksamhet med diagnosen <i>substansbrukssyndrom</i> [1]. Med alkoholdiagnos avses diagnoskoderna F10.1–F10.9. Narkotikadiagnos F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18 samt F19. Alla som huvud- eller bidiagnos.
Önskad effekt	Färre dör och skadas på grund av bruk av alkohol eller narkotika.
Jämförelsen visar	Vårdade med alkohol- eller narkotikadiagnos med minst en vårdkontakt inom slutenvård eller öppenvård de senaste fem åren innan dödsfallet.

De senaste tio åren har dödligheten bland vårdade med en alkoholdiagnos i princip varit oförändrad (diagram 3.1), dödligheten bland vårdade med narkotikadiagnos är också princip oförändrad 2006–2015 (diagram 3.2) och dödligheten är högre bland män jämfört med kvinnor.

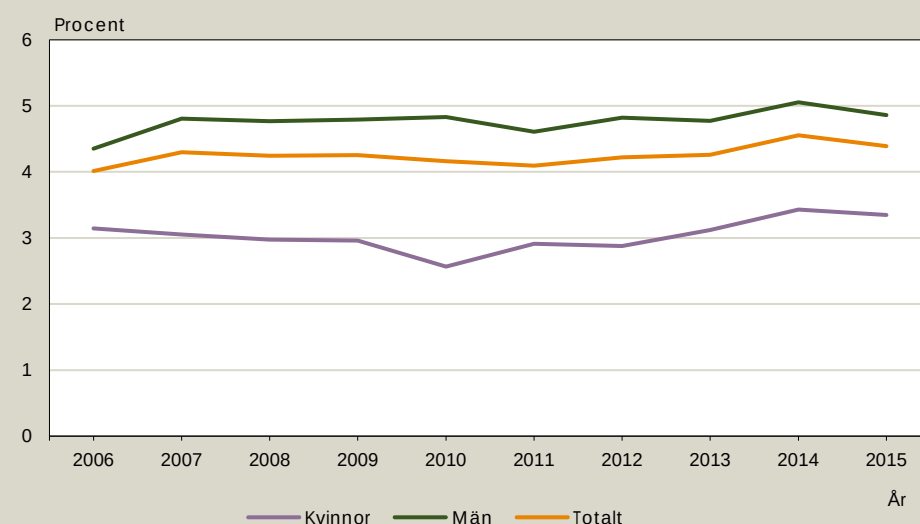
Under 2011–2015 uppgick dödsfallen bland vårdade med en alkoholdiagnos till 1 700 dödsfall bland kvinnor, dvs. en dödlighet på 3 procent. Dödsfallen bland män med en alkoholdiagnos uppgick till 6 000 dödsfall, dvs. en dödlighet på 5 procent. Under 2011–2015 uppgick dödsfallen bland vårdade med en narkotikadiagnos till cirka 900 dödsfall bland kvinnor, dvs. en dödlighet på 2 procent. Dödsfallen bland män med en narkotikadiagnos var 2 300, dvs. en dödlighet på 3 procent. Som jämförelse kan nämnas att dödligheten i befolkningen (20–79 år) var 1 procent för både kvinnor och män under 2016.

Den högre dödligheten som kan noteras bland personer vårdade med alkoholdiagnos sammanfaller med högre ålder, dvs. gruppen med narkotikadiagnos består av en yngre grupp av individer.

Dödligheten bland vårdade med en alkoholdiagnos varierar för kvinnor i länen mellan 2,3 och 4,7 procent (diagram 3.3). Dödligheten är mycket högre bland män och där är variationen i länen mellan 3,8 och 7,3 procent (diagram 3.4). Det är en negativ utveckling mellan tidsperioderna på länsnivå för män. Dödligheten bland vårdade med en narkotikadiagnos varierar för kvinnor i länen mellan 1,6 och 2,9 procent (diagram 3.5). Dödligheten är något högre bland män och där är variationen i länen mellan 2,1 och 4,1 procent (diagram 3.6). Här ses också en negativ utveckling mellan tidsperioderna. Observera att tidsperioderna består av fem års sammanslagna värden i länsdiagrammen.

3.1. RIKET. Dödlighet bland vårdade med alkoholdiagnos

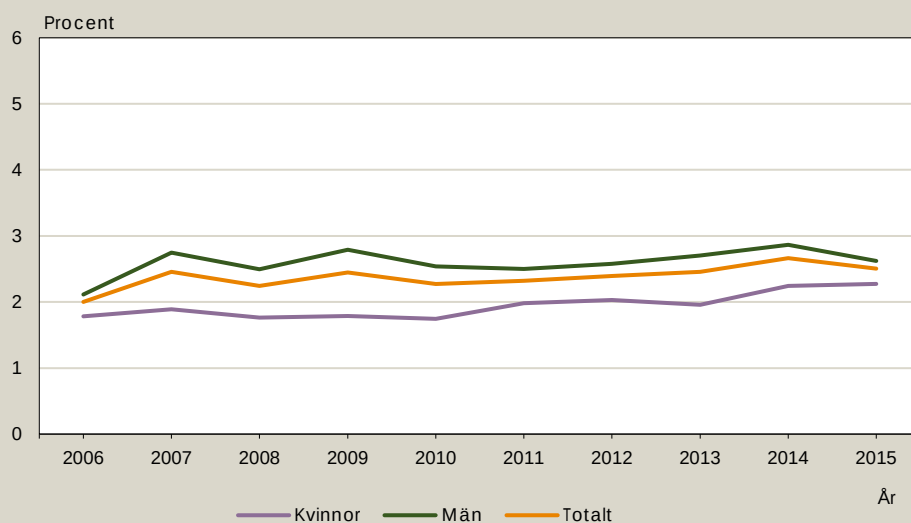
Andel döda, oavsett orsak, inom 365 dagar efter minst en vårdkontakt med alkoholdiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18- 79 år.



Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

3.2. RIKET. Dödlighet bland vårdade med narkotikadiagnos

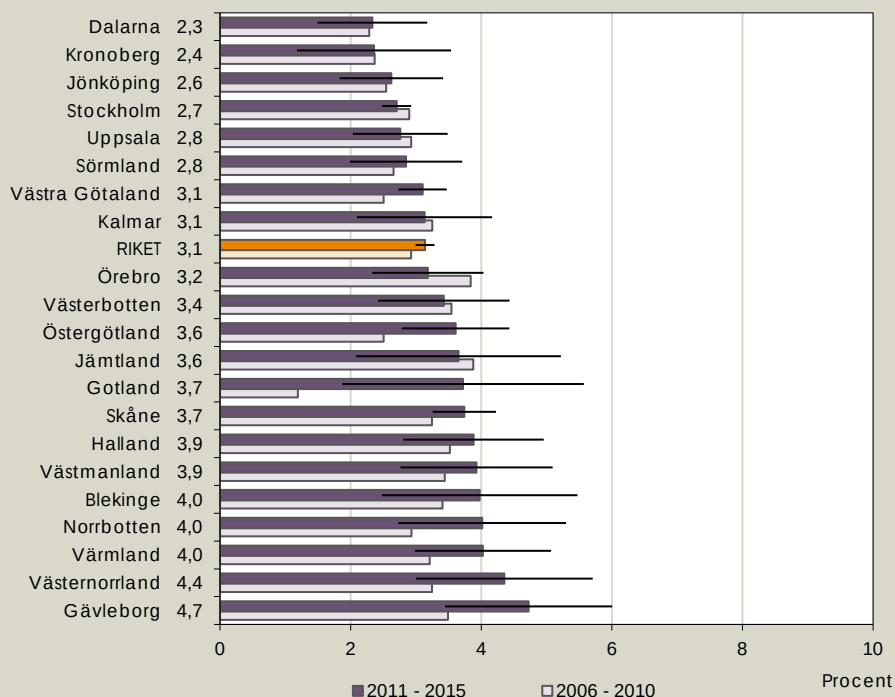
Andel döda, oavsett orsak, inom 365 dagar efter minst en vårdkontakt med narkotikadiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18- 79 år.



Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

3.3. LÄN. KVINNOR. Dödlighet bland vårdade med alkoholdiagnos

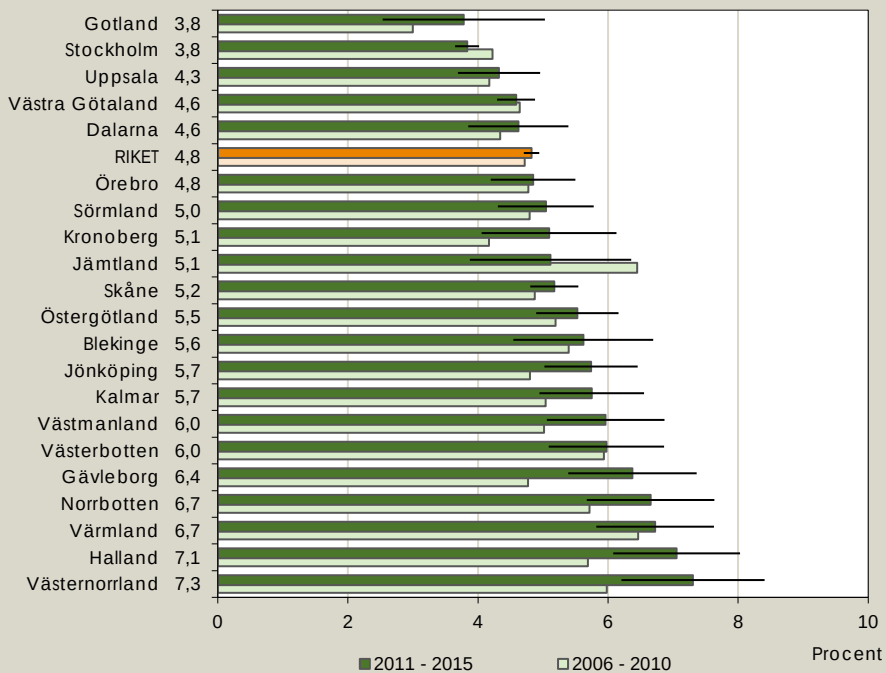
Andel döda, oavsett orsak, inom 365 dagar efter minst en vårdkontakt med alkoholdiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18- 79 år.



Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

3.4. LÄN. MÄN. Dödlighet bland vårdade med alkoholdiagnos

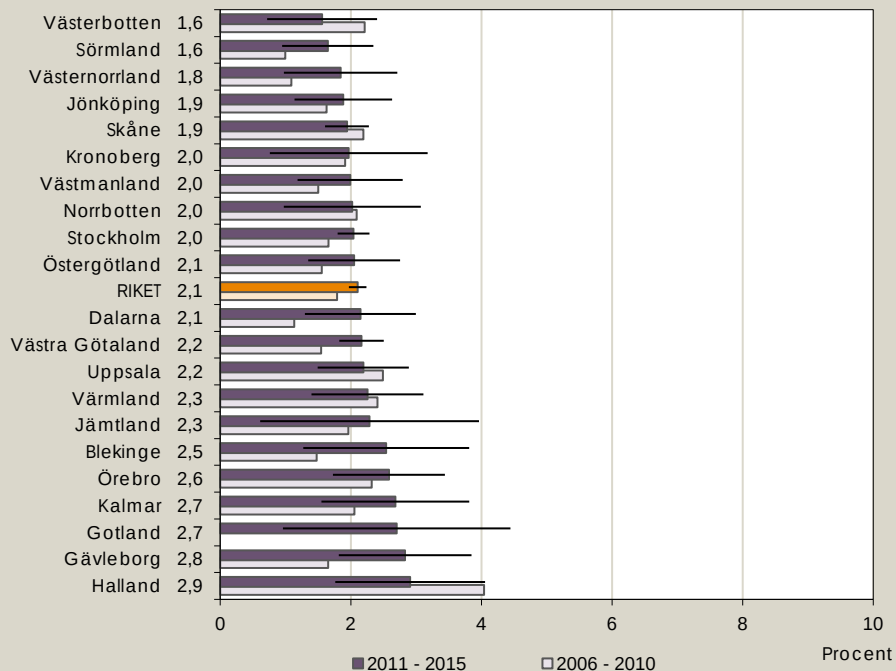
Andel döda, oavsett orsak, inom 365 dagar efter minst en vårdkontakt med alkoholdiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18- 79 år.



Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

3.5. LÄN. KVINNOR. Dödlighet bland vårdade med narkotikadiagnos

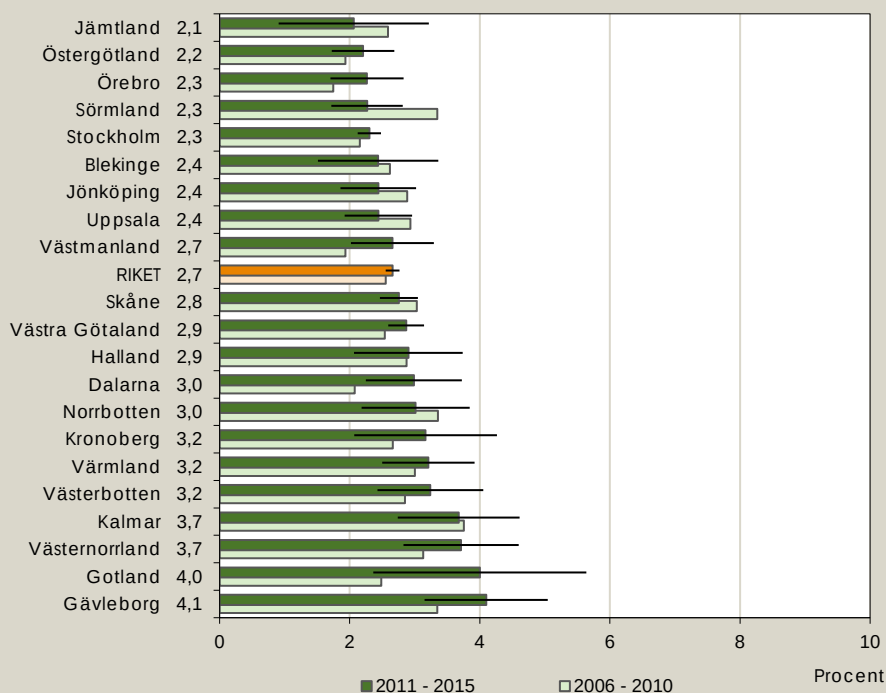
Andel döda, oavsett orsak, inom 365 dagar efter minst en vårdkontakt med narkotikadiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18- 79 år.



Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

3.6. LÄN. MÄN. Dödlighet bland vårdade med narkotikadiagnos

Andel döda, oavsett orsak, inom 365 dagar efter minst en vårdkontakt med narkotikadiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18- 79 år.



Källa: Dödsorsaksregistret och Patientregistret, Socialstyrelsen.

4. Självmord eller självmordsförsök bland vårdade

En individs självmordsrisk kan påverkas av depressioner, av skadligt bruk av olika substanser, ångesttillstånd eller andra händelser som är kopplade till individens levnadsförhållanden och livsvillkor. Förebyggande insatser inom vården är mycket viktiga och kan förhindra självmord genom att vården ger rätt vård i rätt tid och med adekvat bemötande. Ungefär hälften av de personer som begått självmord har tidigare haft kontakt med hälso- och sjukvården under sin sista månad i livet [27].

Den här indikatorn speglar personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos i slutet eller specialiserad öppen vård och som inom 365 dagar efter utskrivning avlider i dödsorsaken självmord, eller som har vårdats för självmordsförsök. Ett högt utfall kan tyda på bristande tillgänglighet, bristande bemötande, en komplex sjukdomsbild eller bristande kvalitet i vård och behandling av patienter som har en alkohol- och narkotikadiagnos.

De verksamheter som möter dessa patienter är primärvården samt öppen- och slutenvård. SiS bedriver individuellt anpassad tvångsvård och behandling av ungdomar med allvarliga psykosociala problem och ungdomar som har ett skadligt bruk av olika substanser, samt vård till vuxna med ett skadligt bruk av olika substanser. De möter också individer med en ökad självmordsrisk.

Placeringen sker på socialtjänstens uppdrag och efter beslut i förvaltningsrätten. SiS utbildar personal i självmordsprevention för att minska självmord och självmordsförsök hos de grupper som de kommer i kontakt med [24].

Värt att notera är att ny forskning visar att den matematiskt sammansatta poängsumman Composite Score (CS) för psykisk hälsa i den Europeiska Addiction Severity Index (ASI) är bedömningen relaterad till risken att begå självmord [28]. Både ASI Grundmanual och ASI Uppföljning, i den svenska versionen, innehåller frågor om allvarligt menade självmordstankar samt noteringar om självmordsförsök. Hälso- och sjukvårdens ansvar att göra systematiska självmordsriskbedömningar, att dokumentera och att arbeta kunskapsbaserat enligt rekommendationer påverkar detta utfall.

Om indikatorn	
Definition	Med alkoholdiagnos avses diagnoskoderna F10.1–F10.9. Narkotikadiagnos F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18 samt F19. Alla som huvud- eller bidiagnos.
Önskad effekt	Färre dör och skadas på grund av bruk av alkohol eller narkotika vilket även påverkar utfallet av antalet personer som begår självmord eller självmordsförsök.
Jämförelsen visar	Självmorden och självmordsförsök bland vårdade med alkohol- eller narkotikadiagnos med minst en vårdkontakt inom öppen- eller slutenvård de senaste fem åren.

Andelen självmord och självmordsförsök bland vårdade med en alkohol-diagnos är i princip oförändrad över tid (diagram 4.1) men har ökat något bland vårdade med narkotikadiagnos 2014–2015 (diagram 4.2). Kvinnor har högre frekvenser av självmord och självmordsförsök jämfört med män.

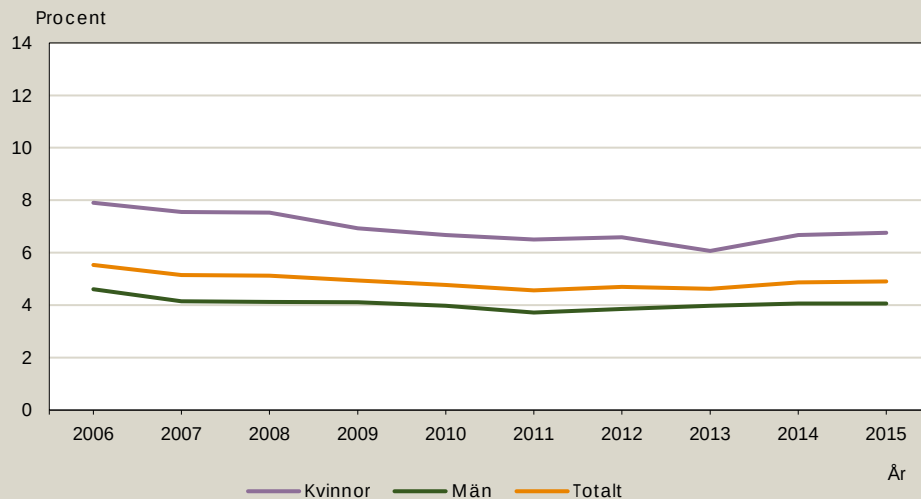
Under 2011–2015 uppgick självmorden och självmordsförsöken bland vårdade med en alkoholdiagnos till sammanlagt 8 577 i riket, varav en mindre del på 646, var självmord. Under samma period bland vårdade med en narkotikadiagnos uppgick antalet självmord och självmordsförsök till sammanlagt 10 351 fall, varav en mindre del på 696 var självmord.

Andelen självmord och självmordsförsök bland vårdade med en alkohol-diagnos bland kvinnor varierar i länen mellan 4,1 och 12,4 procent (diagram 4.3). Självmorden och självmordsförsöken är lägre bland män och där är variationen i länen mellan 2,9 och 7,6 procent (diagram 4.4). Det är ett minskande antal och därmed en positiv utveckling mellan tidsperioderna på länsnivå för både kvinnor och män inom flera län.

Självmorden och självmordsförsöken bland vårdade med en narkotika-diagnos bland kvinnor varierar i länen mellan 8,3 och 18,5 procent (diagram 4.5). Självmorden och självmordsförsöken är lägre bland män och variationen i länen ligger mellan 5,1 och 11,1 procent (diagram 4.6). Här ses också en minskning och positiv utveckling mellan tidsperioderna. Observera att tidsperioderna består av fem års sammanslagna värden i länsdiagrammen.

4.1. RIKET. Själv mord eller självmordsförsök bland vårdade med alkoholdiagnos

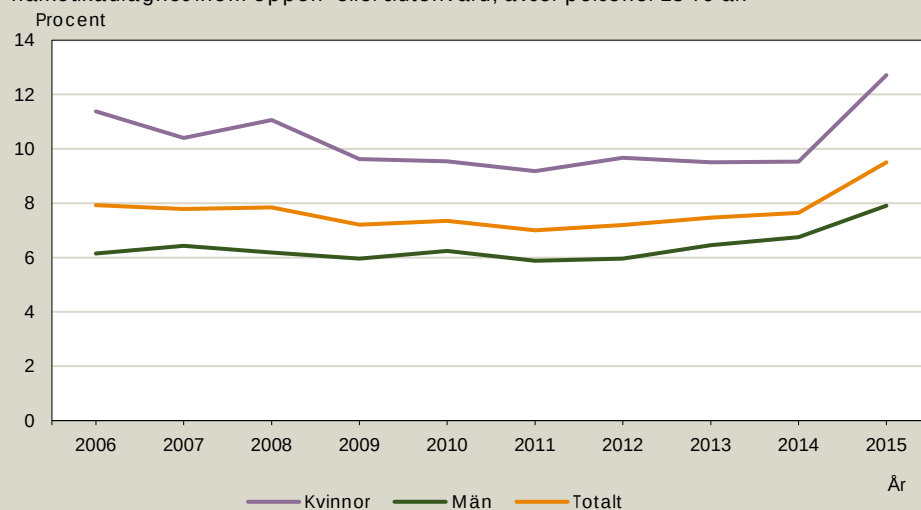
Andel självmord eller självmordsförsök inom 365 dagar efter utskrivning för alkoholdiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18-79 år.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

4.2. RIKET. Själv mord eller självmordsförsök bland vårdade med narkotikadiagnos

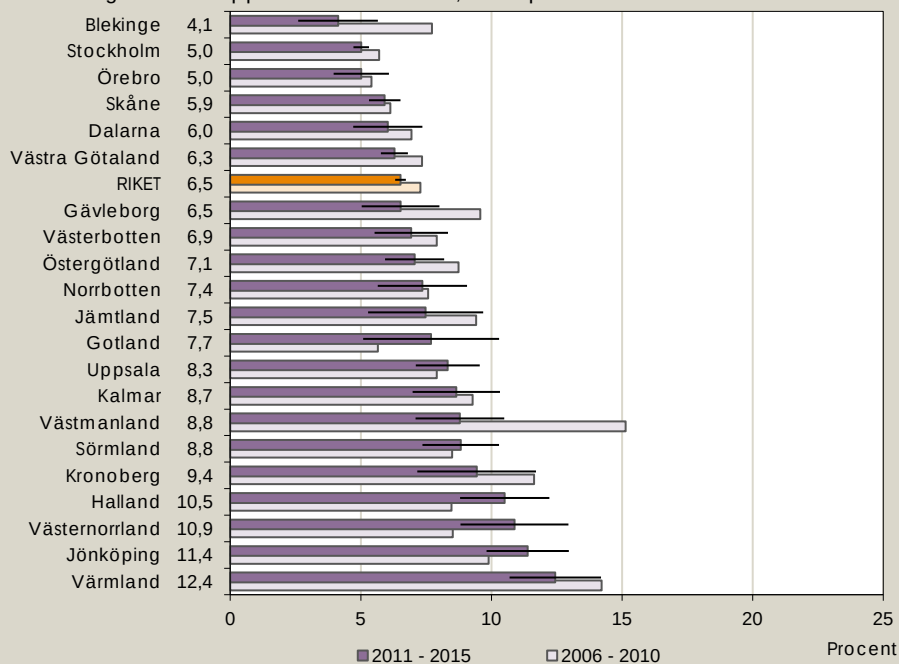
Andel självmord eller självmordsförsök inom 365 dagar efter utskrivning för narkotikadiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18-79 år.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

4.3. LÄN. KVINNOR. Själv mord eller självmordsförsök bland vårdade med alkoholdiagnos

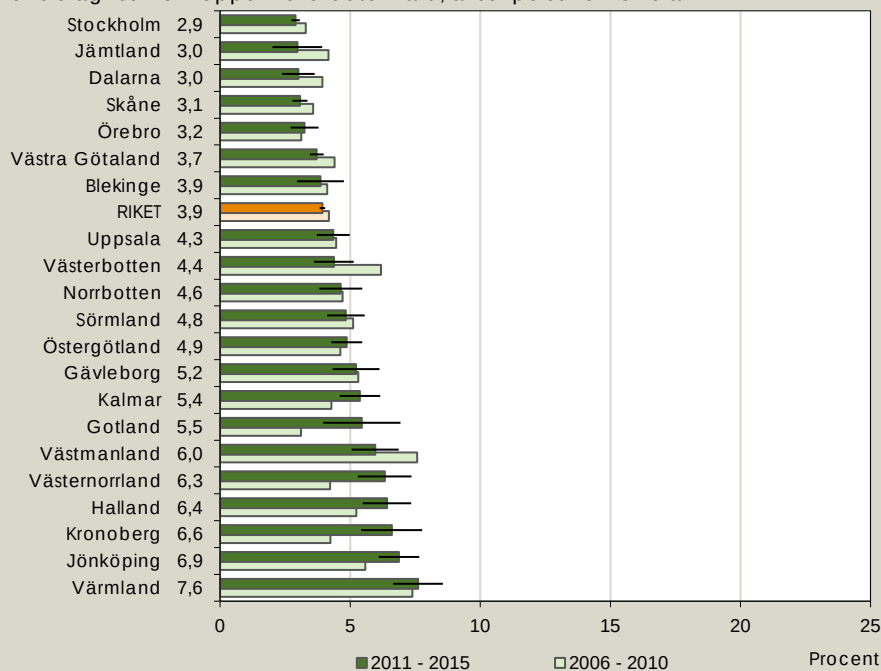
Andel självmord eller självmordsförsök inom 365 dagar efter utskrivning för alkoholdiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18-79 år.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

4.4. LÄN. MÄN. Själv mord eller självmordsförsök bland vårdade med alkoholdiagnos

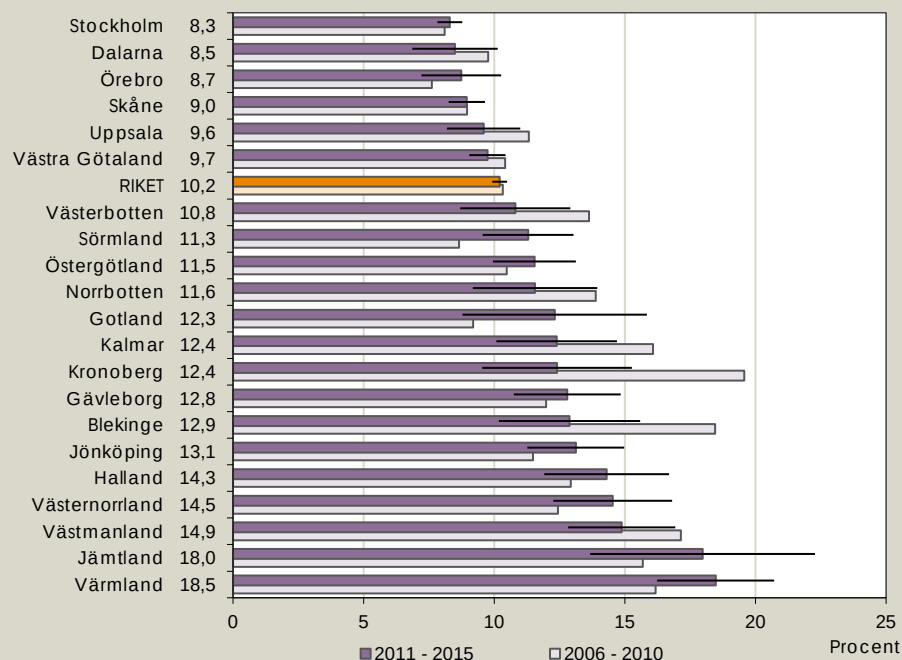
Andel självmord eller självmordsförsök inom 365 dagar efter utskrivning för alkoholdiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18-79 år.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

4.5. LÄN. KVINNOR. Självmod eller självmordsförsök bland vårdade med narkotikadiagnos

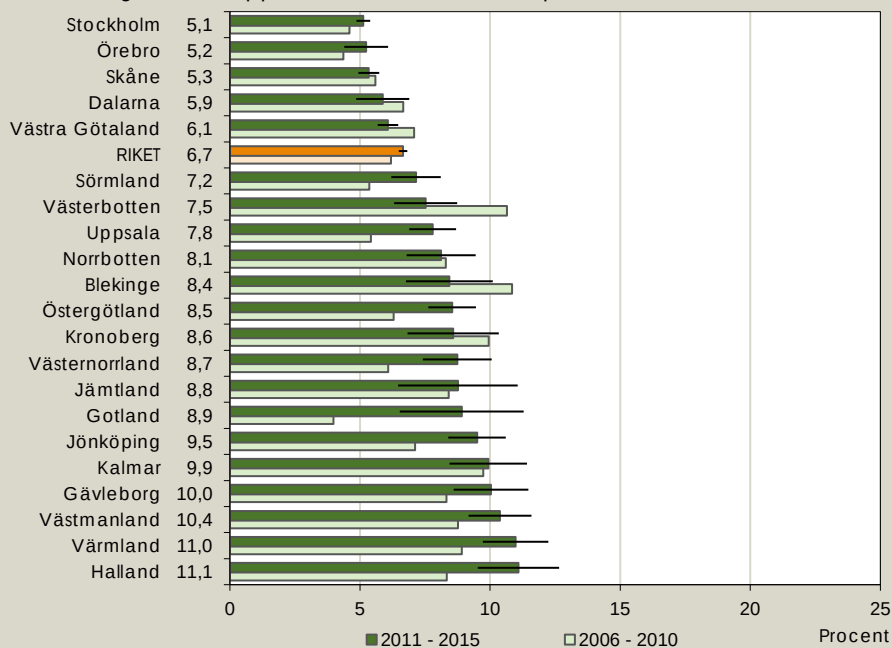
Andel självmord eller självmordsförsök inom 365 dagar efter utskrivning för narkotikadiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18-79 år.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

4.6. LÄN. MÄN. Självmod eller självmordsförsök bland vårdade med narkotikadiagnos

Andel självmord eller självmordsförsök inom 365 dagar efter utskrivning för narkotikadiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18-79 år.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

5. Återinskrivningar bland vårdade

Att följa upp återinskrivningarna är relevant eftersom det mäter det fortsatta omhändertagandet efter att patienten har skrivits ut. Behandling inom slutenvård handlar oftast om akut avgiftning, tillnyktring, behandling av levercirros, gastrit, alkoholpsykos, alkoholförgiftning, olycksfall och vård orsakad av våld eller misshandel samt behandling av annan tillkommande sjuklighet.

Indikatorn belyser den samlade kvaliteten i öppenvården, i socialtjänstens insatser samt huvudmännens förmåga att samverka på övergripande nivå och i enskilda fall. En återinskrivning kan i vissa fall vara motiverad och av godo om inte vård eller behandling kan erbjudas på annan nivå, dvs. utfallet speglar även hur vården inom olika landsting är organiserad.

Om indikatorn	
Definition	Med alkoholdiagnos avses diagnoskoderna F10.1–F10.9. Narkotikadiagnos F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18 samt F19. Alla som huvud- eller bidiagnos.
Önskad effekt	Färre dör och skadas på grund av bruk av alkohol eller narkotika.
Jämförelsen visar	Jämförelsen redovisar personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos i slutenvård och som inom 365 dagar efter utskrivning vårdas igen i den slutna vården.

Andelen återinskrivningar bland vårdade med en alkoholdiagnos har gått ned något över tid totalt sett (diagram 5.1), medan andelen återinskrivningar i princip är oförändrad eller något ökande bland vårdade med narkotikadiagnos 2006–2015 (diagram 5.2). Kvinnor återinskrivs något mindre jämfört med män (diagram 5.1).

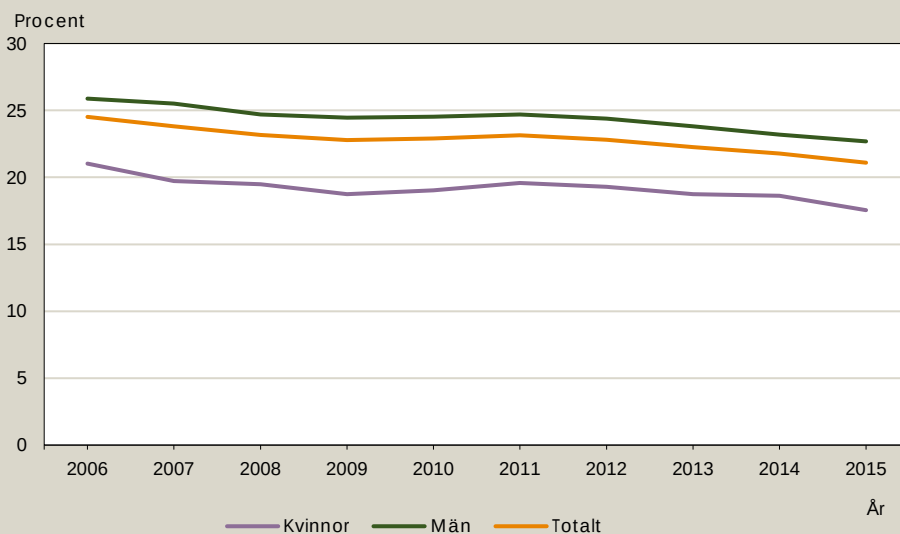
Under 2011–2015 uppgick återinskrivningarna bland vårdade med en alkoholdiagnos till totalt 30 108 fall i riket, och bland vårdade med en narkotikadiagnos till 16 107 fall.

Återinskrivningar bland vårdade med en alkoholdiagnos bland kvinnor varierar i länen mellan 14,7 och 28,7 procent (diagram 5.3). Bland män varierade andelen återinskrivningar bland vårdade med en alkoholdiagnos i länen mellan 19,3 och 33,4 procent (diagram 5.4). Det är ett minskande utfall av återinskrivningar mellan tidsperioderna för riket som helhet, och med varierande skillnader mellan olika län (diagram 5.3 och 5.4).

Återinskrivningarna bland vårdade med en narkotikadiagnos varierade bland kvinnor i länen mellan 8,7 till 28,3 procent (diagram 5.5). Återinskrivningarna är högre bland män vårdade med en narkotikadiagnos, med en variation i länen mellan 12,5 och 33,9 procent (diagram 5.6). Observera att tidsperioderna består av fem års sammanslagna värden i länsdiagrammen.

5.1. RIKET. Återinskrivning i slutenvård med alkoholdiagnos

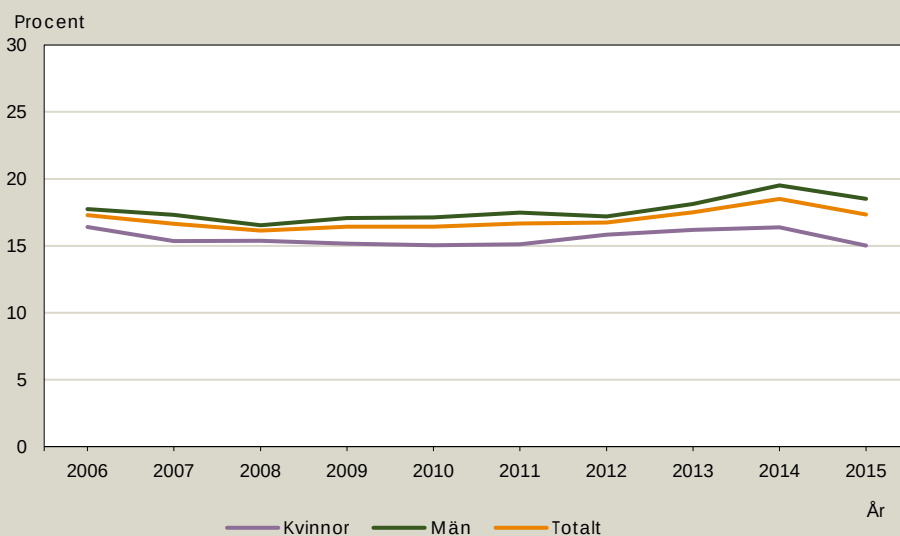
Återinskrivning inom 28 - 365 dagar i slutenvård med alkoholdiagnos bland personer som vårdats för alkoholdiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18- 79 år.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

5.2. RIKET. Återinskrivning i slutenvård med narkotikadiagnos

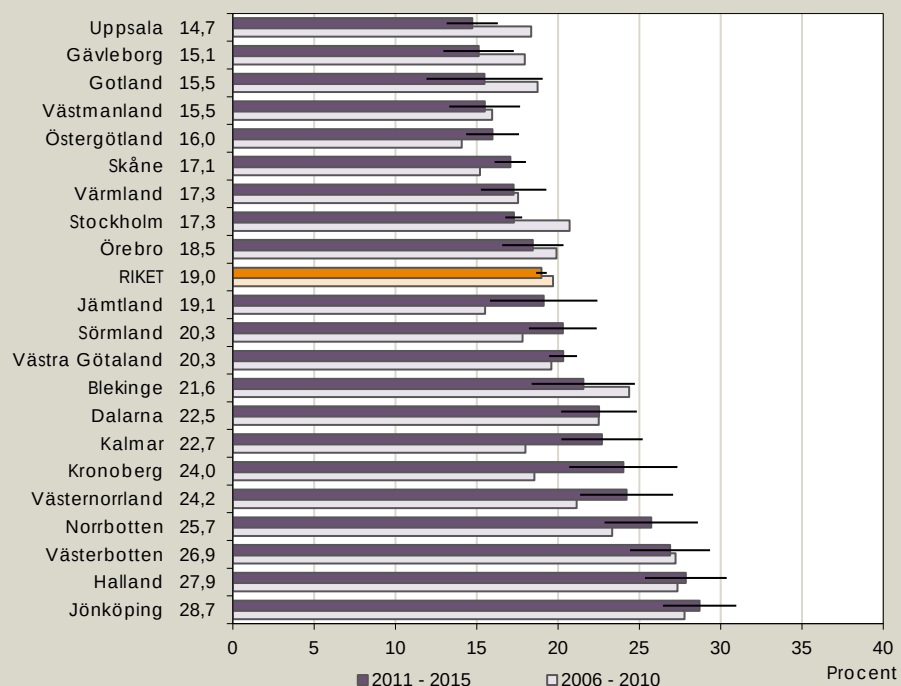
Återinskrivning inom 28 - 365 dagar i slutenvård med narkotikadiagnos bland personer som vårdats för alkoholdiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18- 79 år.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

5.3. LÄN. KVINNOR. Återinskrivning i slutenvård med alkoholdiagnos

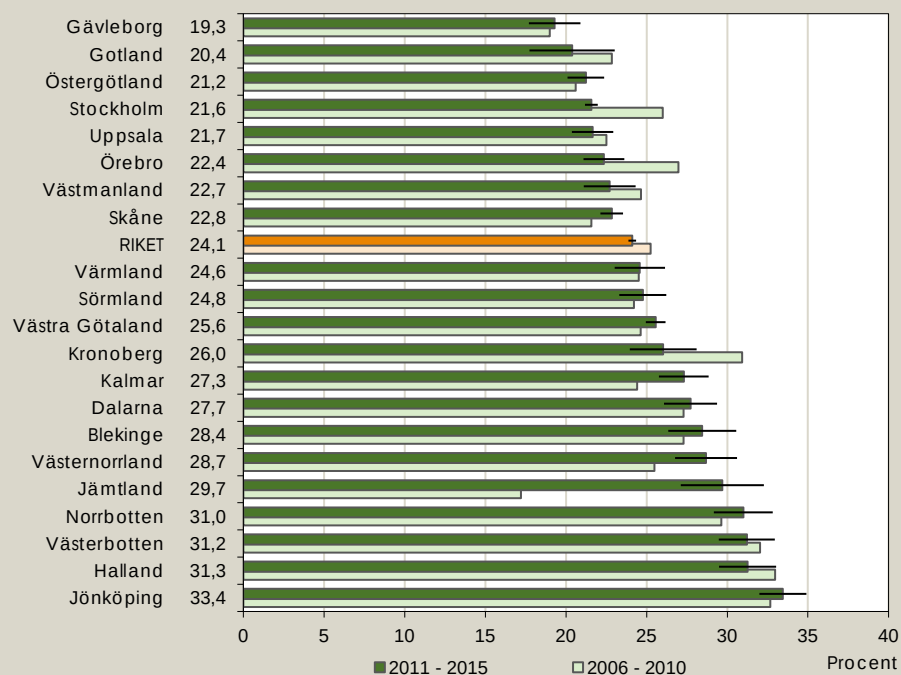
Återinskrivning inom 28 - 365 dagar i slutenvård med alkoholdiagnos bland personer som vårdats för alkoholdiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18- 79 år.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

5.4. LÄN. MÄN. Återinskrivning i slutenvård med alkoholdiagnos

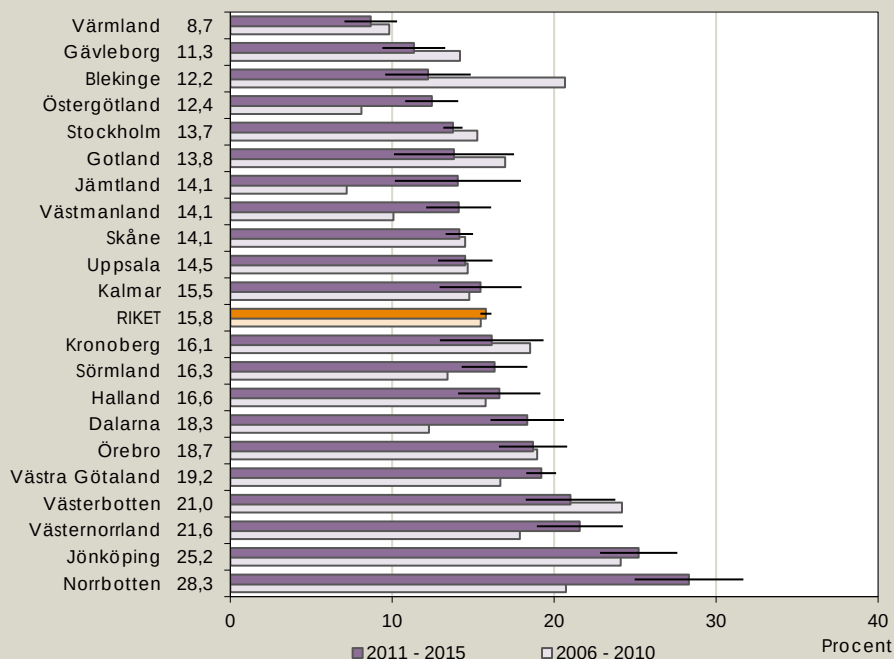
Återinskrivning inom 28 - 365 dagar i slutenvård med alkoholdiagnos bland personer som vårdats för alkoholdiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18- 79 år.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

5.5. LÄN. KVINNOR. Återinskrivning i slutenvård med narkotikadiagnos

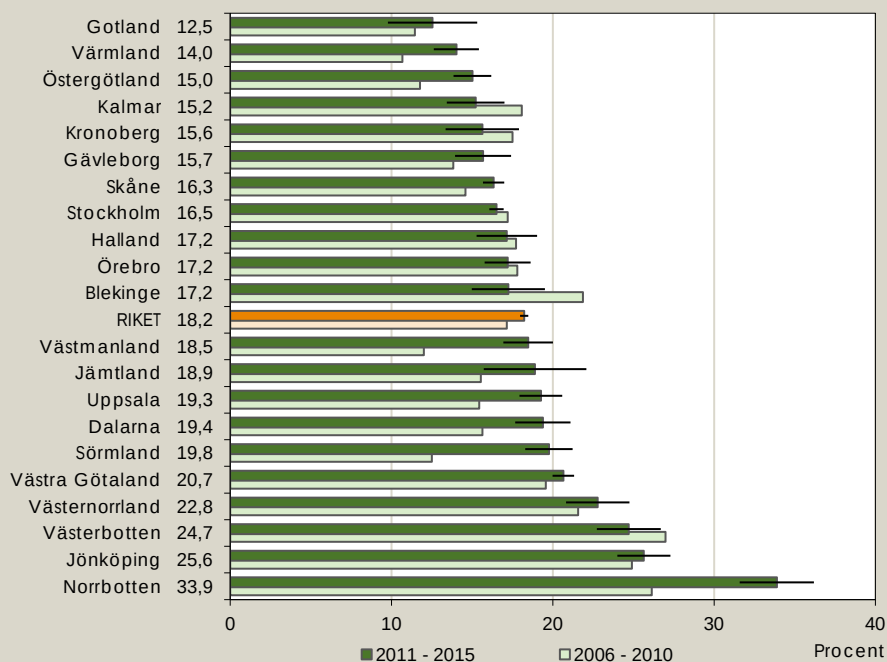
Återinskrivning inom 28 - 365 dagar i slutenvård med narkotikadiagnos bland personer som vårdats för alkoholdiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18- 79 år.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

5.6. LÄN. MÄN. Återinskrivning i slutenvård med narkotikadiagnos

Återinskrivning inom 28 - 365 dagar i slutenvård med narkotikadiagnos bland personer som vårdats för alkoholdiagnos inom öppen- eller slutenvård, avser personer 18- 79 år.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

6. Tillgänglighet i socialtjänsten

En socialjourns tillgänglighet dygnet runt med socionomutbildad personal är ett sätt att säkerställa att enskilda i olika former av krissituationer får ett professionellt bemötande och stöd, oavsett när behovet uppstår. Journens personal behöver kunna bemöta, hantera och handlägga olika former av akuta krissituationer för enskilda oavsett deras ålder och behov. Med jourverksamhet menas att vara beredd på kommande händelseutveckling och där man omedelbart kan nås per telefon, ge råd och stöd, göra en professionell bedömning, och där man vid behov kan vara på plats exempelvis hos en familj inom högst 2 timmar.

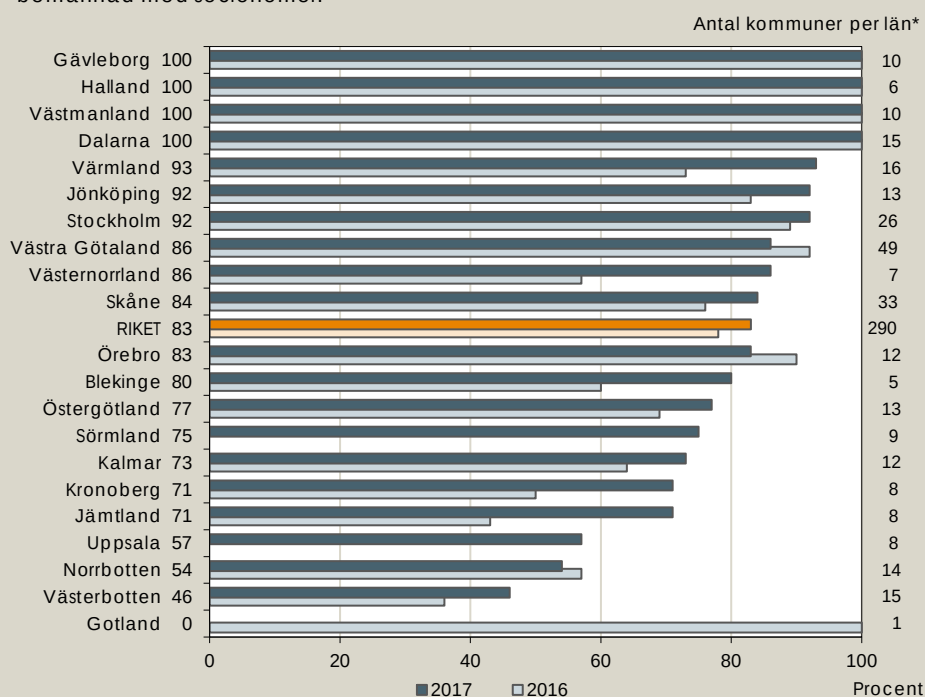
Att kommunernas socialnämnd bör tillhandahålla sociala tjänster genom socialjour framgår i 3 kap. 6 § SoL.

Om indikatorn	
Definition	Kommunen har den 1 februari 2017 jourverksamhet med personal som har socionomexamen all tid utanför kontorstid året runt.
Önskad effekt	Att öka tillgängligheten av kvalificerat stöd till individer i behov av stöd vid akuta krissituationer.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar hur stor andel av kommunerna i länet som uppger att de har en socialjour 2016 samt 2017. Dessutom redovisas antal invånare och antal kommuner i respektive län.

Under 2017 har 83 procent av kommunerna en upprättad socialjour bemannad med socionomutbildad personal även utanför kontorstid, en liten ökning i jämförelse med 2016. De som förbättrat sitt utfall mellan 2016 och 2017 med 20 procentenheter eller mer är kommuner i följande län; Kronoberg, Blekinge, Värmland, Västernorrland och Jämtland. I länen Gävleborg, Halland, Västmanland och Dalarna har alla kommunerna i länen uppnått full tillgänglighet avseende socialjournsverksamhet.

6. LÄN. Tillgänglighet

Andel kommuner per län som har tillgänglighet utanför kontorstid i form av en socialjour bemannad med socionomer.



*Stockholms stad består av 14 stadsdelar, Malmö stad består av 5 stadsdelar, Göteborgs stad består av 10 stadsdelar

Källa: Öppna jämförelser 2017. Enkät till socialtjänsten, myndighetsutövning. Socialstyrelsen.

7-8. Extern samverkan i enskilda ärenden

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar för stöd, vård och behandling för personer med ett skadligt bruk av olika substanser eller beroende enligt HSL och SoL. De ska ingå gemensamma överenskommelser om samarbetet.

I Norrköping har samverkan utvecklats ytterligare under 2017 som ett steg efter att de såg en ökning av nättdroger bland unga vilket resulterade i politiska beslut för att bilda en gemensam integrerad beroendemottagning som nu drivs av Region Östergötland och Norrköpings kommun tillsammans. Mottagningen består av ett team från kommunen och landstinget med olika yrkeskategorier som socialpedagoger, skötare, sjuksköterskor, läkare och kuratorer. En kontakt kräver inte någon remiss.

Ytterligare exempel på samverkansarbete (SMADIT) är det som bedrivs mellan Polisen, Tullverket, Kustbevakningen, socialtjänsten och beroendevården. När beroende och drogproblem rapporteras inom Polisens, Tullverkets och Kustbevakningens kontroller erbjuds klienter även samtal med socialtjänsten eller beroendevården för behandling och stöd. Syftet är att förebygga återfall och minska antalet påverkade förare i trafiken [29].

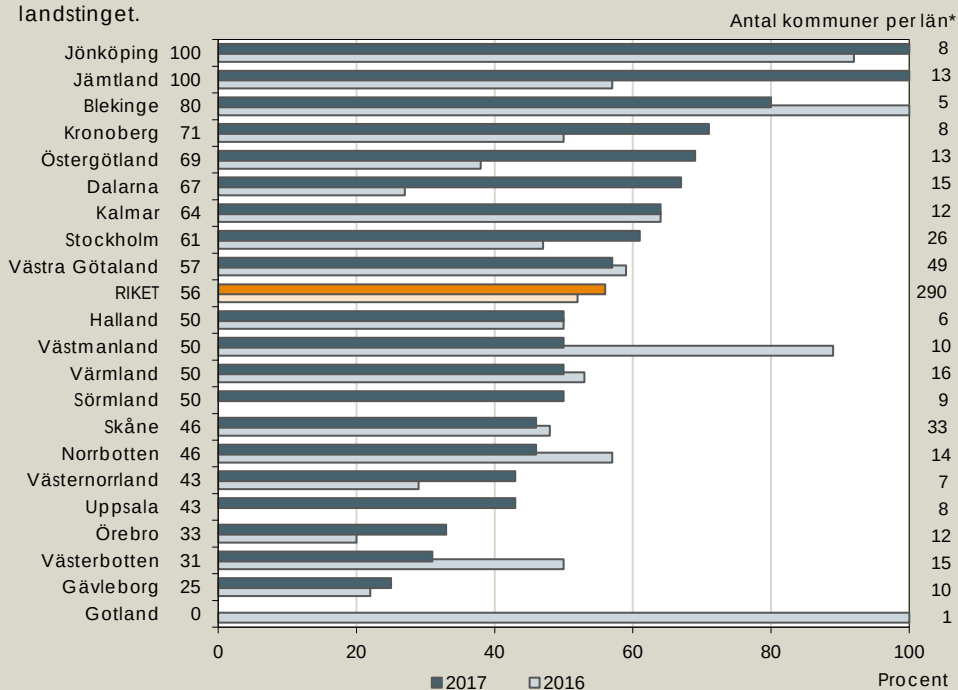
7. Externa samverkan mellan kommunen och landstinget

Organisatoriska hinder i form av ostrukturerade eller oregelbunden samverkan står ofta i vägen för att kunna skapa goda resultat. Utvecklade samarbetsmodeller bidrar till en mer effektiv användning av gemensamma resurser. Under 2017 uppgav drygt hälften (56 procent) av kommunernas missbruks- och beroendeverksamheter att de har upprättat extern samverkan i enskilda ärenden genom att ha en aktuell överenskommelse med landstinget, en liten ökning i jämförelse med 2016 års utfall. De som prioriterat en överenskommelse med landstinget mellan 2016 och 2017 med 20 procentenheter eller mer är kommuner i följande län; Östergötland, Kronoberg, Dalarna och Jämtland. Jönköping och Jämtland har uppnått önskad effekt i form av att alla kommuner i dessa län har upprättat extern samverkan med landstinget under 2017.

Om indikatorn	
Definition	Kommunen har en aktuell på ledningsnivå beslutad överenskommelse om samarbete med landsting som innehåller: • Gemensamma mål med överenskommelsen • Resurs- och ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting/region • Rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och landstingets personal kring enskilda personer som brukar beroendeframkallande medel (rutinen ska vara känd och användas).
Önskad effekt	Att öka tillgänglighet, stabilitet och kontinuitet i stödet till den enskilde.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar hur stor andel av kommunernas per län inom missbruks- och beroendeverksamheterna som uppger att de har upprättat extern samverkan i enskilda ärenden med landstinget både 2016 samt 2017. Till höger i diagrammet redovisas antal kommuner per län.

7. LÄN. Extern samverkan

Andel kommuner per län inom missbruk och beroendeverksamheterna som upprättat extern samverkan i enskilda ärenden och som har en aktuell överenskommelse med landstinget.



*Stockholms stad består av 14 stadsdelar, Malmö stad består av 5 stadsdelar, Göteborgs stad består av 10 stadsdelar

Källa: Öppna jämförelser 2017. Enkät till socialtjänsten, myndighetsutövning. Socialstyrelsen.

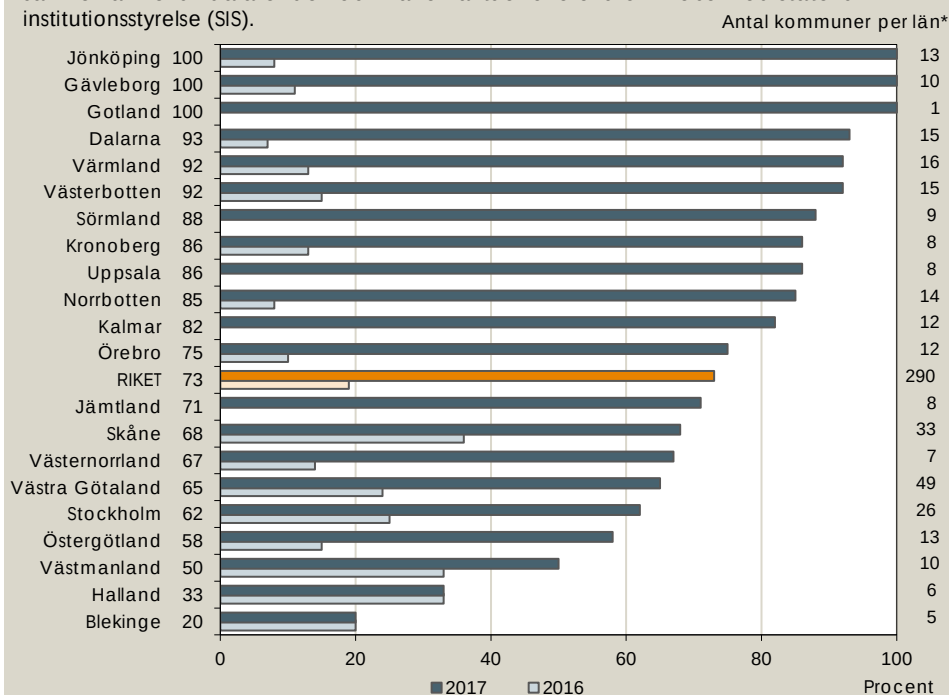
8. Extern samverkan mellan kommunen och Statens institutionsstyrelse

Under 2017 uppgav 73 procent av kommunernas verksamheter inom den sociala barn- och ungdomsvården, att de har upprättat extern samverkan i enskilda ärenden genom att ha en aktuell överenskommelse med SiS, det är en stor ökning i jämförelse med 2016 års utfall. Många kommuner i flera län har prioriterat att upprätta en överenskommelse med SiS under tidsperioden.

Om indikatorn	
Definition	Kommunen har en aktuell på ledningsnivå beslutad överenskommelse om samarbete med SiS som innehåller: • Gemensamma mål med överenskommelsen • Resurs- och ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting/region • Rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och extern aktör kring enskilda personer som brukar beroendeframkallande medel (rutinen ska vara känd och användas).
Önskad effekt	Att öka tillgänglighet, stabilitet och kontinuitet i stödet till den enskilde.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar hur stor andel av kommunerna per län inom social barn- och ungdomsvård som uppger att de har upprättat extern samverkan i enskilda ärenden med SiS både 2016 och 2017. Till höger i diagrammet redovisas antal kommuner per län.

8. LÄN. Extern samverkan

Andel kommuner per län inom social barn- och ungdomsvård som upprättat extern samverkan i enskilda ärenden och har en aktuell överenskommelse med Statens institutionsstyrelse (SIS).



*Stockholms stad består av 14 stadsdelar, Malmö stad består av 5 stadsdelar, Göteborgs stad består av 10 stadsdelar

Källa: Öppna jämförelser 2017. Enkät till socialtjänsten, myndighetsutövning. Socialstyrelsen.

9. Rutiner inom hemtjänsten vid beroende

Det är få hemtjänstverksamheter som har upprättat rutiner om den enskildes vårdplanering och fördjupade läkemedelsgenomgångar, som inkluderar båda huvudmännen, endast 3 av 10 kommuner uppfyller detta inom hemtjänsten. Ungefär hälften av de som har hemtjänst är också i behov av hemsjukvård. En tydlig ansvarsfördelning främjar en god samverkan. Kommunernas arbete med fördjupade läkemedelsgenomgångar inom hemtjänsten innebär bland annat att de ska ha en skriftligt beslutad rutin på ledningsnivå om hur genomgångarna ska utföras och i samverkan med olika aktörer. Där ska den enskilde, läkare, ansvarig sjuksköterska inom den kommunala hälso- och sjukvården samt hemtjänstpersonalen medverka [30].

Om indikatorn

Definition	Kommuner som har skriftliga och på ledningsnivå beslutade rutiner som beskriver hur hemtjänstpersonalen ska agera vid: (1) misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har ett beroende av läkemedel samt (2) vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har ett skadligt bruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel.
Önskad effekt	Att öka tillgängligheten till stöd inom hemtjänsten för äldre personer som har ett problem med beroende till olika substanser.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar hur stor andel av kommunerna per län som inom hemtjänsten upprättat rutiner för arbetet med personer som har ett problem med beroende till olika substanser under 2017. Till höger i diagrammet redovisas antal kommuner per län.

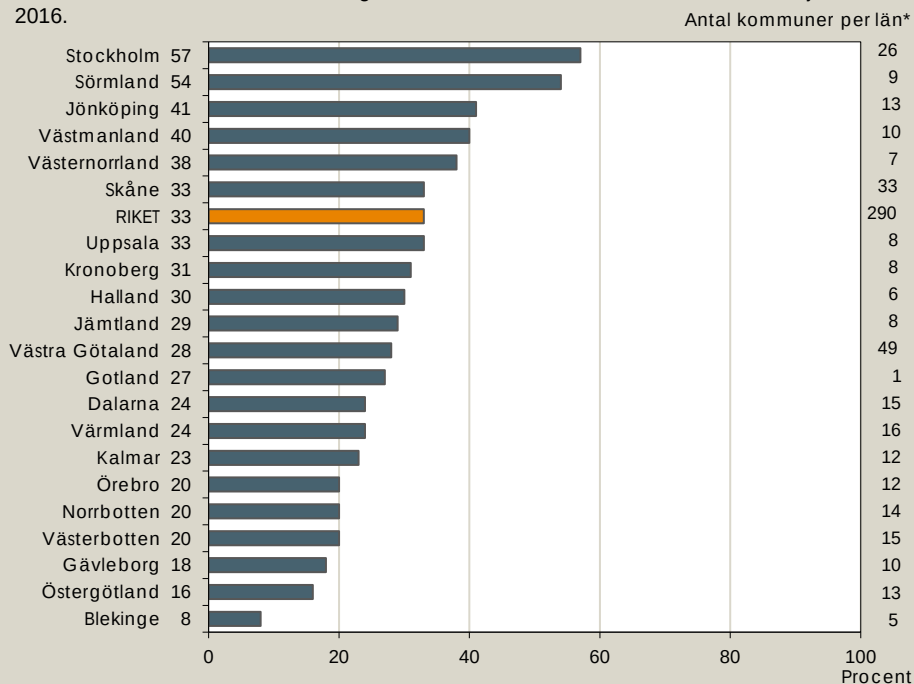
Under 2016 uppgav endast 33 procent av kommunerna att de har upprättat beslutade rutiner för hantering av misstanke om den enskilde har ett skadligt bruk av läkemedel. Likaså uppgav endast 34 procent av kommunerna att de har upprättat beslutade rutiner för hantering av misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av alkohol eller andra beroendeframkallande substanser.

De kommuner som prioriterat att upprätta rutiner för hantering av skadligt beroende av vissa läkemedel är stadsdelar- och kommuner som till hälften uppnått önskat utfall i länen Stockholm och Sörmland.

De kommuner som prioriterat att upprätta beslutade rutiner för hantering av misstanke om att den enskilde har ett beroende av alkohol eller andra beroendeframkallande substanser är kommuner i länen Stockholm och Jönköping.

9.1. LÄN. Rutiner inom hemtjänsten

Andel kommuner per län som har upprättat beslutad rutin för hantering vid misstanke om att den enskilde har ett skadligt beroende av vissa läkemedel inom hemtjänsten, 2016.

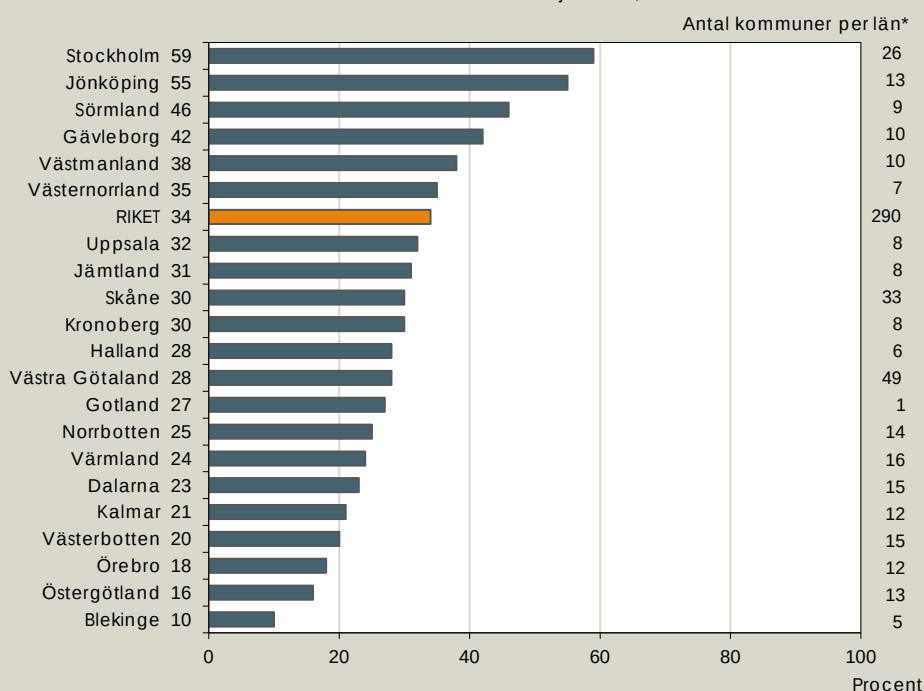


*Stockholms stad består av 14 stadsdelar, Malmö stad består av 5 stadsdelar, Göteborgs stad består av 10 stadsdelar

Källa: Öppna jämförelser 2016 - Äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen .

9.2. LÄN. Rutiner inom hemtjänsten

Andel kommuner per län som har upprättat beslutad rutin för hantering vid misstanke om den enskilde har beroende till alkohol inom hemtjänsten, 2016.



*Stockholms stad består av 14 stadsdelar, Malmö stad består av 5 stadsdelar, Göteborgs stad består av 10 stadsdelar

Källa: Öppna jämförelser 2016 - Äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

10. Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

Bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel är godkända av Läkemedelsverket för kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar. De används till viss del även för att behandla lindrigare former av oro och ångest.

Bensodiazepiner kan ge allvarliga biverkningar, i synnerhet vid hög konsumtion och vid långtidsbruk. Den kognitiva förmågan (t.ex. minne, inlärning, uppmärksamhet, koncentration) kan påverkas och medlen kan verka aggressivitetshöjande. Läkemedlen riskerar också att framkalla beroende och är narkotikaklassade. Därför är det viktigt att inte förskriva dessa läkemedel under längre tidsperioder utan noggrant övervägande [31].

Om indikatorn

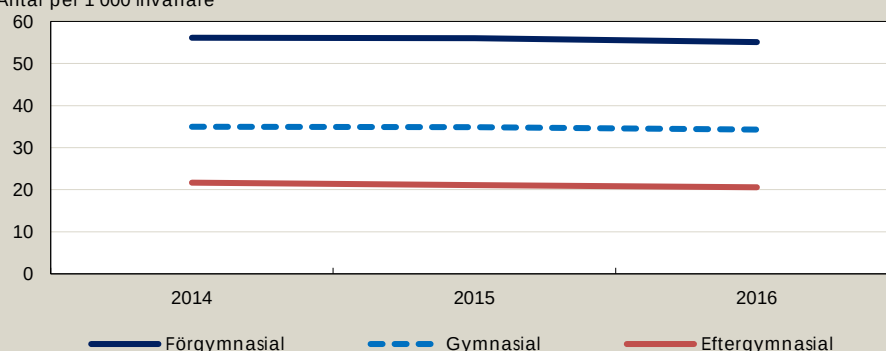
Definition	Redovisar förskrivningen av sömnmedel och lugnande medel som inte bör konsumeras i annat fall än vid kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar. Bensodiazepinderivat, lugnande: N05BA Bensodiazepinderivat, sömnmedel: N05CD Bensodiazepinbesläktade medel: N05CF
Önskad effekt	Minska risken att individer utvecklar ett beroende kopplat till dessa läkemedel.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar andelen personer som regelbundet hämtat ut på recept i genomsnitt 0,5 dygnsdos per dag (DDD) under ett års tid av lugnande medel och sömnmedel per dag.

2016 hämtade totalt 222 000 personer i åldern 18–79 år ut minst 0,5 av den genomsnittliga dygnsdosen (DDD) av bensodiazepiner eller bensodiazepin liknande läkemedel i riket. Läkemedelsbehandlingen var vanligast bland kvinnor med förgymnasial utbildning, och är vanlig men dock inte lika vanlig bland män med förgymnasial utbildning (diagram 10.1 och 10.2). Spridningen mellan landstingen varierar mellan 24,7 och 49,4 DDD per 1 000 invånare för kvinnor och mellan 15,5 och 29,0 DDD per 1 000 invånare för män (diagram 10.3 och 10.4).

10.1. RIKET. KVINNOR. Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

Antal individer som regelbundet behandlas med vissa sömnmedel och lugnande medel per 100 000 invånare, avser personer 35-79 år. Åldersstandardiserade värden.

Antal per 1 000 invånare

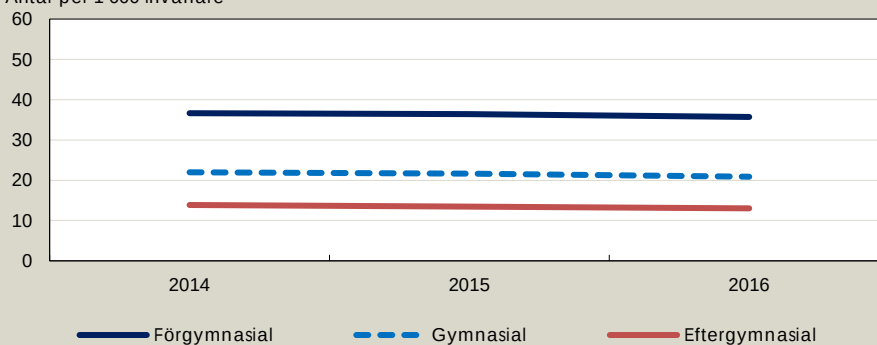


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

10.2. RIKET. MÄN. Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

Antal individer som regelbundet behandlas med vissa sömnmedel och lugnande medel per 100 000 invånare, avser personer 35-79 år. Åldersstandardiserade värden.

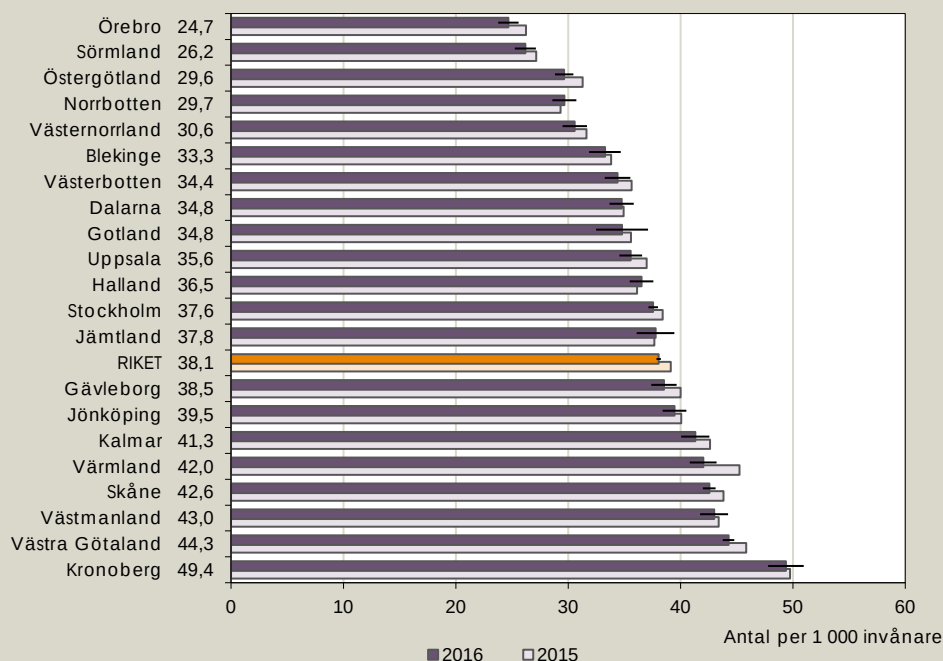
Antal per 1 000 invånare



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

10.3. LÄN. KVINNOR. Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

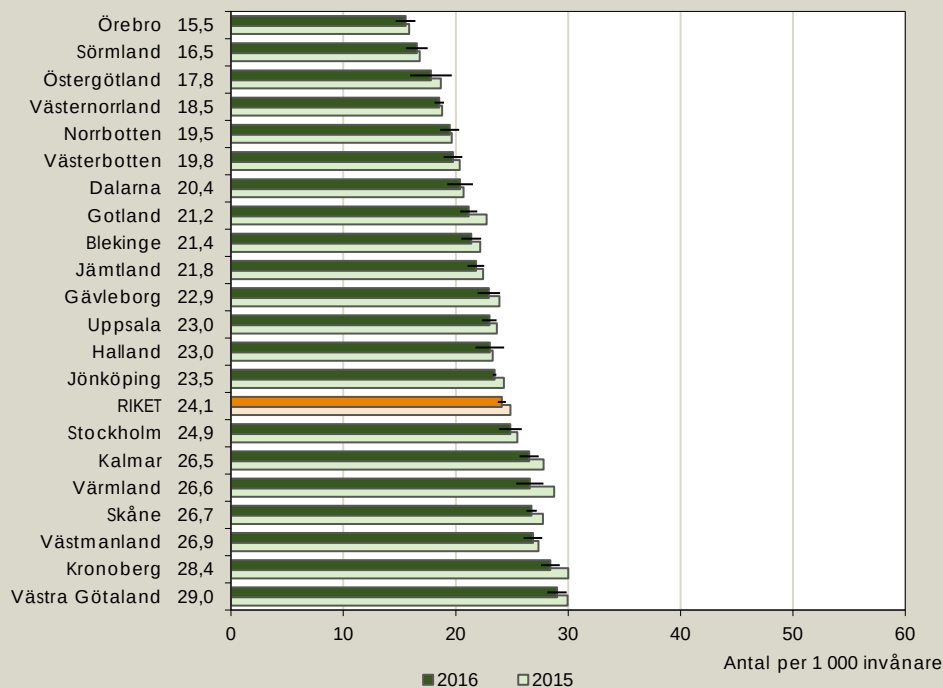
Antal individer som regelbundet behandlas med vissa sömnmedel och lugnandemedel per 100 000 invånare, avser personer 18-79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelregistret, Socialstyrelsen.

10.4. LÄN. MÄN. Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

Antal individer som regelbundet behandlas med vissa sömnmedel och lugnandemedel per 100 000 invånare, avser personer 18-79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelregistret, Socialstyrelsen.

11. Vård och stöd till personer som tvångsvårdas enligt LVM

Personer som tvångsvårdas, dvs. som vårdas utan eget samtycke enligt LVM, är en mycket utsatt grupp på flera sätt. Dessa personer har fått problem på grund av sitt beroende med i stort sett alla livets olika områden som boende, sysselsättning, ekonomi, utbildning, fysisk och psykisk hälsa. En större grupp av dem har även tidigare haft insatser inom socialtjänsten.

Läkare eller närstående är de som oftast gör en LVM-anmälan till socialtjänsten som i sin tur utreder om det finns skäl för att göra ett omhändertagande. Om villkoren för vård enligt LVM uppfylls ansöker socialnämnden om tvångsvård hos förvaltningsrätten. LVM-villkoren handlar om att göra en prövning av om en person utsätter sig för allvarlig fara, befaras att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Ett tvångsomhändertagande är en stor inskränkning i den personliga integriteten och LVM-vården syftar i första hand till att bryta den riskfyllda situationen som uppstått och därefter påbörjas motivering till fortsatt vård i frivillig form. LVM-vården får pågå maximalt sex månader [32].

I SBR:s årsrapport redovisas att det finns en grupp med diagnos för substansberoende som även tvångsvårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) [33].

Antalet personer som får institutionsvård på grund av ett skadligt bruk av olika substanser har minskat något under 2016, dvs. avseende den frivilliga institutionsvården. Antalet som vårdas med tvång är oförändrat jämfört med 2015. De vanligaste substanserna bland intagna för tvångsvård är narkotika av olika slag [34].

En blandning av olika substanser (narkotika och alkohol) blir allt vanligare sett över tid. Medan alkohol, som enskild substans, blir allt ovanligare bland de vårdade inom tvångsvården [35].

Om redovisningen	Utvecklingsområde
Definition	Den grupp som finns med i redovisningen är alla vårdade enligt LVM 2009–2016 samt dödsfall under 2010–2016. Ett utvecklingsområde som är lämpligt för jämförelser.
Önskad effekt	Färre dör på grund av skadligt bruk av alkohol, narkotika eller felaktig användning av läkemedel.
Jämförelsen visar	I diagrammen redovisas: • Dödsfall bland de som vårdats enligt LVM • Vilka substanserna som förekommer • Hur många som även haft insatser enligt LVU eller SoL tidigare i livet. Dessutom redovisas i text vad de vanligen vårdats för inom hälso- och sjukvården samt de vanligaste diagnoserna.

Uppgifter om LVM har hämtats för 2009–2016. Under den aktuella perioden ingick totalt 5 816 personer som var vårdade enligt LVM varav 1 946 var kvinnor och 3 870 var män. Av dödsfallen bland personer som vårdats enligt LVM återfanns 349 dödsfall bland kvinnorna (18 procent) och 750 bland männen (19 procent) (diagram 11.1).

2016 vårdades 964 personer enligt LVM, varav dödsfallen var 207 samma år, dvs. en dödlighet på 21 procent bland vårdade enligt LVM. Som jämförelse kan nämnas att dödligheten i befolkningen under 2016 var 1 procent i befolkningen i december 2016.

De vanligaste dödsorsakerna var:

- levercirros orsakad av alkohol (K703)
- oavsiktlig förgiftning med narkotiska medel eller hallucinogener (X42)
- oavsiktlig förgiftning med andra och icke specificerade droger (X44)
- läkemedel och biologiska substanser samt alkoholberoendesyndrom (F10.2).

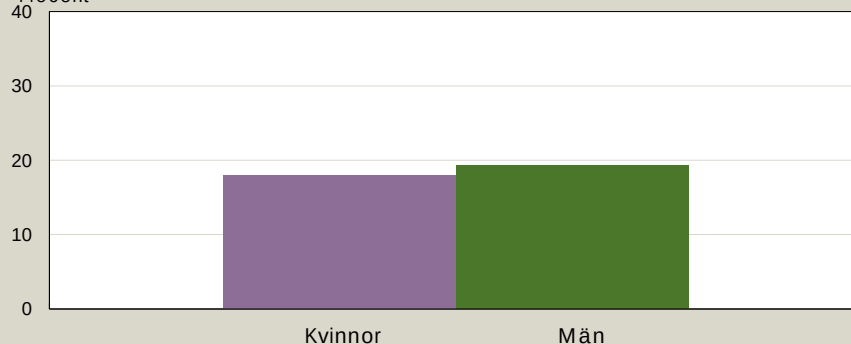
De vanligaste diagnoserna var:

- psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol (F10)
- psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser (F19).

11.1. RIKET. Dödsfall bland LVM-vårdade

Andel döda bland personer vårdade enligt LVM under 2009–2016, avser personer 18–79 år.

Procent

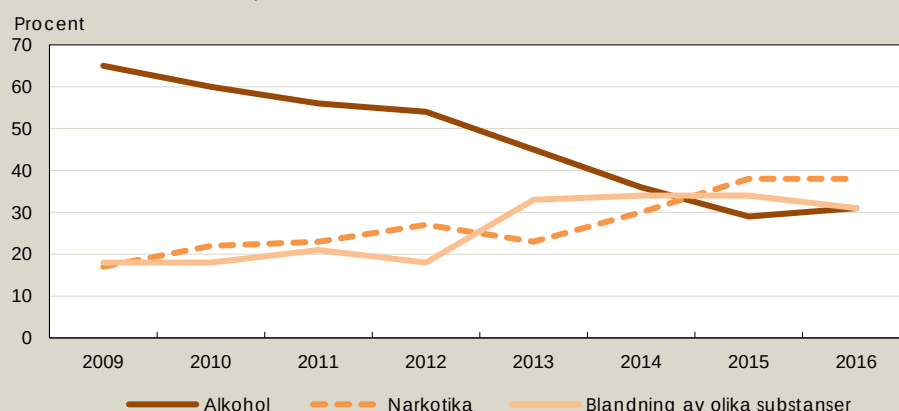


Källa: Register över tvångsvård enligt LVM, Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Bland dödsfallen av de som har vårdats enligt LVM går utveckling av intag från traditionellt uppdelat i substanserna alkohol och narkotika till att fler blandar olika substanser (diagram 11.2).

11.2. RIKET. Substansbruk och dödlighet bland vårdade enligt LVM

Andel personer med olika substanser registrerade vid sista tillfället för vård enligt LVM innan dödsfallet, avser personer 18–79 år.



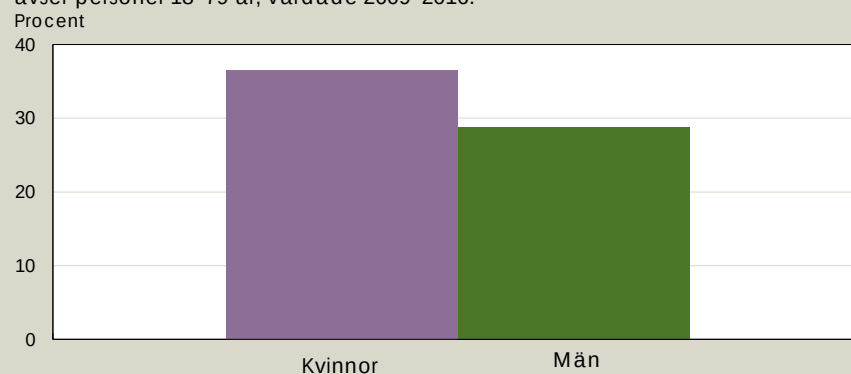
Källa: Register över tvångsvård enligt LVM, Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

För barn och unga som vårdas enligt SoL eller har insats enligt LVU, är den vanligaste placeringsformen familjehem [36].

Under den aktuella perioden ingick totalt 5 816 personer som vårdats enligt LVM varav 37 procent av kvinnorna och 29 procent av männen tidigare även haft insatser enligt LVU eller SoL (diagram 11.3).

11.3 RIKET. Tidigare LVU eller SoL-insatser bland LVM-vårdade

Andel personer med LVU- eller SoL-insats som barn eller ungdom innan LVM-vård, avser personer 18–79 år, vårdade 2009–2016.



Källa: Registret för barn och unga, Register över tvångsvård enligt LVM, Socialstyrelsen.

12. Perioder av frihet från beroende av olika substanser

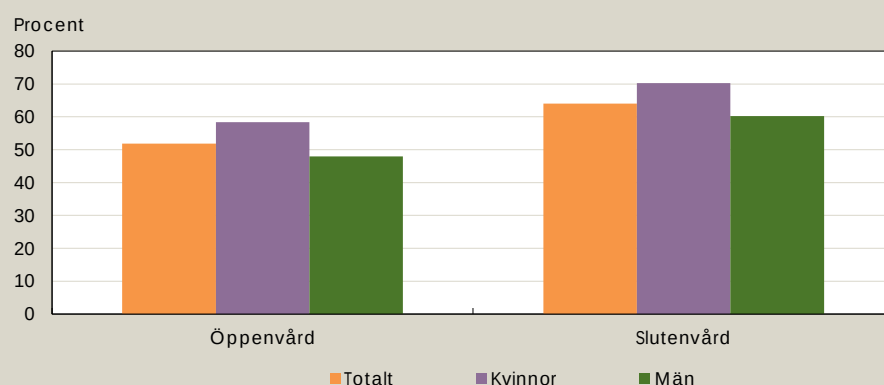
Målet med all typ av behandling är att reducera beroende och att ytterst uppnå ett liv fritt från beroende av olika substanser som är skadliga. SBR är det register som kontinuerligt samlar in data för den svenska beroendevården och i deras uppföljning återfinns indikatorn substansfria månader det senaste året. Här redovisas andelen personer som uppger frihet från beroende av olika substanser de senaste 30 dagarna innan uppföljningstillfället. Data har hämtats vid nyregistrering och uppföljning, dvs. andelen som haft frihet från beroende av olika substanser de senaste 30 dagarna.

Om redovisningen	Utvecklingsområde
Definition	Individer som är fria från ett beroende de senaste 30 dagarna vid mätillfället. Ett utvecklingsområde som är lämpligt för jämförelser och för att mäta resultat.
Önskad effekt	Färre dör och skadas på grund av bruk av alkohol eller narkotika genom att klienterna uppnår drogfrihet efter behandling.
Jämförelsen visar	Eftersom dessa behandlingar utförs även av andra yrkesgrupper än läkare har SBR valts i denna redovisning trots att registret innehåller en mindre del av patientunderlaget totalt sett. SBR har en täckningsgrad på 26 procent av Socialstyrelsens patientregister (här registrerades enbart uppgifter läkarbesök fram tills nyligen).

Under den aktuella perioden ingick cirka 700 patienter från SBR varav mellan 52 procent inom öppenvården och 64 procent inom slutenvården, var fria från beroende av olika substanser (dvs. alkohol, narkotika eller en kombination av substanser) de senaste 30 dagarna vid uppföljningstillfället. Ett något bättre utfall kan ses bland kvinnor än bland män, både inom öppenvården och 65 procent inom slutenvården (diagram 12).

12. RIKET. Perioder av frihet från beroende av olika substanser

Andel personer som är fria från beroende av olika substanser de senaste 30 dagarna mellan nyregistrering och uppföljning, juni 2015 - augusti 2017.



* Stockholms öppenvård redovisas ej här.

Källa: Svenskt Beroenderegister (SBR).

13. Förbättrat hälsotillstånd enligt EQ-5D

De patientrapporterade måtten kan delas in i två kategorier. Den första är Patient Reported Outcomes Measures (PROM) som mäter utfall före och efter intervention och är utformade som resultatmått. Den andra kategorin är Patient Reported Experience Measures (PREM) som mäter patient-rapporterade erfarenheter. PREM är oftast utformade som struktur- eller processmått men förekommer även som resultatmått. SKL genomför brukarundersökning inom individ- och familjeomsorgen (IFO) och där ingår missbruks- och beroendevård. Där ställs frågor om det är lätt att komma i kontakt med socialtjänsten, hur tillgänglig informationen är, osv.

PROM mäter resultat och behandlingseffekter genom att mäta exempelvis funktionsförmåga, livskvalitet eller så kallad hälsorelaterad livskvalitet via patienternas egen rapportering före- och efter behandling. Användningen av patientrapporterade utfallsmått i kvalitetsregistren har ökat. Många använder mätinstrumentet EQ-5D för att mäta den generella hälsorelaterade livskvaliteten hos en patientgrupp. För de sjukdomsspecifika måtten tillämpas unika mätinstrument som är anpassade för en specifik sjukdom. Flera kvalitetsregister förespråkar mätningar med både generella och sjukdomsspecifika mått.

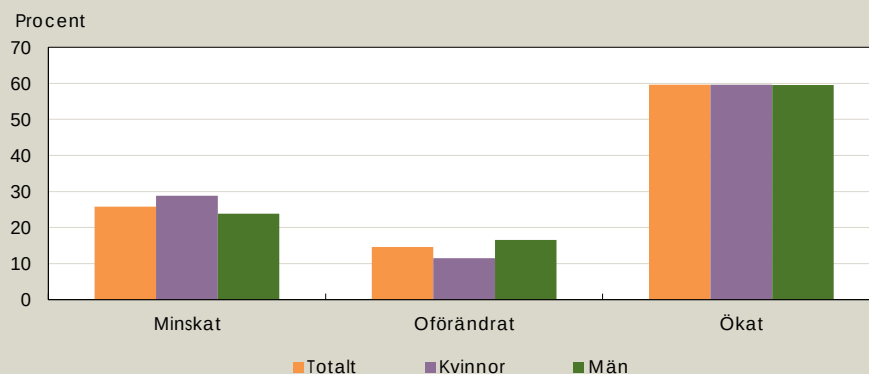
Den här redovisningen mäter resultat (PROM) med EQ-5D. Instrumentet baseras på frågor som ställs till patienten i samband med vård och behandling i inledande skede och sedan i ett uppföljningssammanhang av genomförd behandling. Frågeformuläret innehåller fem områden, utvalda för att spegla olika hälsodimensioner om rörlighet, personlig hygien, vanliga aktiviteter, smärta och besvär samt oro och nedstämdhet. På en skala mellan 0 och 100 får patienten vid nyregistrering och vid uppföljningen skatta bästa möjliga hälsotillstånd, som har värdet 100 och sämsta möjliga hälsa har värdet 0. I det här fallet är uppföljningsperioden inte avgränsad utan kan innebära lite olika tidsintervall.

Om redovisningen	Utvecklingsområde
Definition	Förbättrat hälsotillstånd hos personer får vård och behandling för sitt beroende enligt EQ-5D. Ett utvecklingsområde som är lämpligt för jämförelser.
Önskad effekt	Färre dör och skadas på grund av skadligt bruk av alkohol eller narkotika genom att klienterna uppnår drogfrihet och bättre hälsa efter behandling.
Jämförelsen visar	Eftersom dessa behandlingar utförs även av andra yrkesgrupper än läkare har SBR valts i denna redovisning trots att registret innehåller en mindre del av patientunderlaget totalt sett. SBR har en täckningsgrad på 26 procent av Socialstyrelsens patientregister (här registrerades enbart uppgifter läkarbesök fram tills nyligen).

Under den aktuella perioden ingick totalt 390 patienter från SBR varav 60 procent uppger att deras hälsotillstånd förbättrats under den aktuella tidsperioden mellan nyregistrering och uppföljningstillfället, dvs. för en majoritet har den hälsorelaterade livskvaliteten förbättrats. Ingen skillnad kan ses mellan kvinnor och män (diagram 13).

13. RIKET. Förbättrat hälsotillstånd enligt EQ-5D

Andel personer med förbättrat hälsotillstånd bland vårdade under perioden juni 2015–augusti 2017.



* Stockholms öppenvård redovisas ej här.

Källa: Svenskt Beroenderegister (SBR).

Bedömningsinstrument

Socialstyrelsen redovisar i detta avsnitt några indikatorer som speglar hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten arbetar med olika bedömningsinstrument inom verksamheterna enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. AUDIT och DUDIT syftar främst till att underlätta identifiering av alkohol och narkotikaproblem. Medan ADDIS, SCID I och MINI är underlag för diagnostik av skadligt bruk och beroende av alkohol och narkotika. SCID I och MINI ger viktig information om psykiatrisk samsjuklighet. För att bedöma hjälpbehov rekommenderas ASI för vuxna, vilket är ett bedömningsinstrument som socialtjänsten arbetar med.

Tabell 4: Indikatorer om bedömningsinstrument

Indikatorer	Område	Typ av indikator	ANDT mål 2016–2020*	
				Resultatområde
14. Bedömning med AUDIT* för att identifiera beroende av alkohol	Bedömning Öppenvård	Process Utvecklingsområde	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
15. Bedömning med DUDIT* för att identifiera beroende av narkotika	Bedömning Öppenvård	Process Utvecklingsområde	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
16. Hög AUDIT-poäng vid bedömning för riskbruk av alkohol under graviditet	Bedömning	Process	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
17. Åtgärder till personer med riskbruk av alkohol	Bedömning Primärvård	Process Utvecklingsområde	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
18. Standardiserade bedömningsmetoder	Bedömning, Missbruk- och beroendeverksamhet, socialtjänst.	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
19. Standardiserade bedömningsmetoder	Bedömning, inom social barn- och ungdomsvård, Socialtjänsten	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
20. Uppföljning med Addiction Severity Index (ASI) samt Klienter fria från beroendeproblem – vid uppföljning enligt ASI.	Bedömning och uppföljning Socialtjänst	Process och resultat Utvecklingsområde	Mål 4	Grad av missbruk/ Beroende. Självständighet.
21. Bedömning med ADDIS, SCID I eller MINI	Bedömning Öppenvård	Process Utvecklingsområde	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende

Se översikt för indikatorer i bilaga 1. * Se förklaring av begrepp i bilaga 5

14–15. Bedömning för att identifiera beroende av olika substanser

Bedömningsinstrumenten AUDIT och DUDIT som används för att identifiera beroende och för att följa utfall av åtgärder är en del i en längre kedja av en rad olika bedömningar och behandlingar. Det bör även framhållas att vid diagnosticering så används två olika diagnossystem. Dels diagnosklassifikation enligt ICD–10 för att diagnosticera *substansberoende* och *skadligt bruk* samt DSM–5 för att diagnosticera *substansbrukssyndrom* som används inom forskning och inom psykiatrisk verksamhet.

Om redovisningen	Utvecklingsområde
Definition	Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten använder AUDIT och DUDIT för att identifiera riskfylld och skadlig beroende av olika substanser. Ökande poäng indikerar ökad sannolikhet för att riskbruk, skadligt bruk, eller beroende av olika substanser. Instrumenten fungerar väl och är enkla att använda, både som intervju- och skattningsformulär. AUDIT har fått prioritet 1 i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. DUDIT har fått prioritet 3 den något lägre prioriteringen på grund av att instrumentet bedöms ha vissa validitetsproblem.
Önskad effekt	Minska skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika och andra substanser som ger ett beroende.
Jämförelsen visar	Jämförelserna för både AUDIT och DUDIT visar hur stor andel som bedömts. Eftersom dessa behandlingar utförs även av andra yrkesgrupper än läkare har SBR valts i denna redovisning trots att registret innehåller en mindre del av patientunderlaget totalt sett. SBR har en täckningsgrad på 26 procent av Socialstyrelsens patientregister (här registrerades enbart uppgifter läkarbesök fram tills nyligen).

14. Bedömning med AUDIT för att identifiera beroende av alkohol

Alcohol use disorders identification test (AUDIT) är ett bedömningsinstrument som genomförs genom en intervju och självskattning för att bedöma om problem med alkohol.

Medicinska test är ett viktigt komplement till bedömningsinstrumentet och då rekommenderas mätning av EtG eller EtS i urin för att påvisa nyligt intag av alkohol. För långvarigt högt intag av alkohol rekommenderas PEth eller CDT [1].

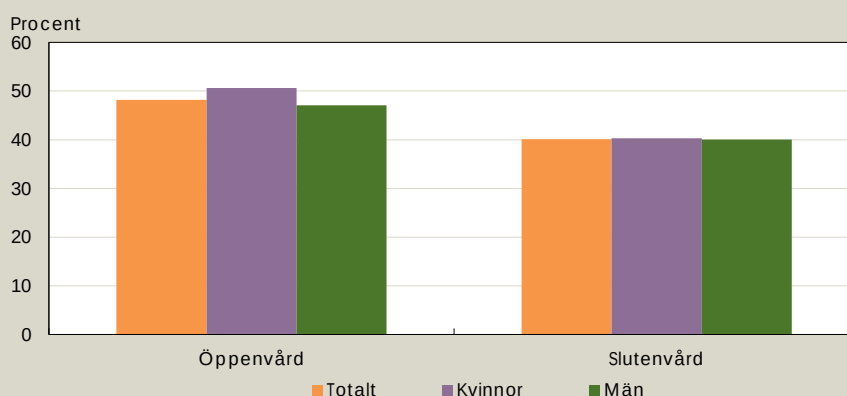
Bedömningen med AUDIT innebär att ju högre poäng en person får i sina svar desto mer riskfylld är dennes alkoholkonsumtion [33]. Den här typen av strukturerade bedömningar med ett standardiserat instrument höjer kvaliteten i kommande behandling genom en adekvat bedömning samt ger goda möjligheter i uppföljningssamtal med klienten.

Här redovisas andelen personer som bedömts med AUDIT inom sluten- och öppenvård. Data har hämtats från SBR och redovisas för riket som helhet.

Under den aktuella perioden ingick 5 800 patienter från SBR varav totalt 48 respektive 40 procent bedömts med AUDIT inom öppen- respektive slutenvård med data från SBR. Här ses en något högre bedömning bland kvinnor. Det är vanligt förekommande med patienter som har ett beroende av flera olika substanser.

14. RIKET. Bedömning med AUDIT för att identifiera beroende av alkohol

Andel personer som bedömts med AUDIT under perioden juni 2015–augusti 2017.



Källa: Svenskt Beroenderegister (SBR).

15. Bedömning med DUDIT för att identifiera beroende av narkotika

Drug use disorders identification test (DUDIT) är ett bedömningsinstrument som liknar AUDIT men som används för att bedöma beroende av narkotika, inklusive beroendeframkallande läkemedel. Bedömningen kan även användas för att återkoppla resultatet till klienten och bidrar till att skapa motivation till förändring.

Även här rekommenderas medicinska test som komplement till bedömningsinstrumentet och för att påvisa intag av narkotika rekommenderas i första hand urinprov som analyseras vid laboratorier [1].

Bedömningen med DUDIT bygger på motsvarande uppbyggnad som AUDIT på frågor för att identifiera drogrelaterade problem samt ett poängsystem med värden som indikerar grad av beroende. LARO-verksamheter erbjuder läkemedelsassisterad behandling för att motverka fortsatt opioidberoende, opioider innefattar en rad olika beroendeframkallande substanser.

Som tidigare påpekats har DUDIT fått en något lägre prioritering (prioritet 3 i jämförelse med prioritet 1 för AUDIT) i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende på grund av att instrumentet bedöms ha vissa validitetsproblem [1].

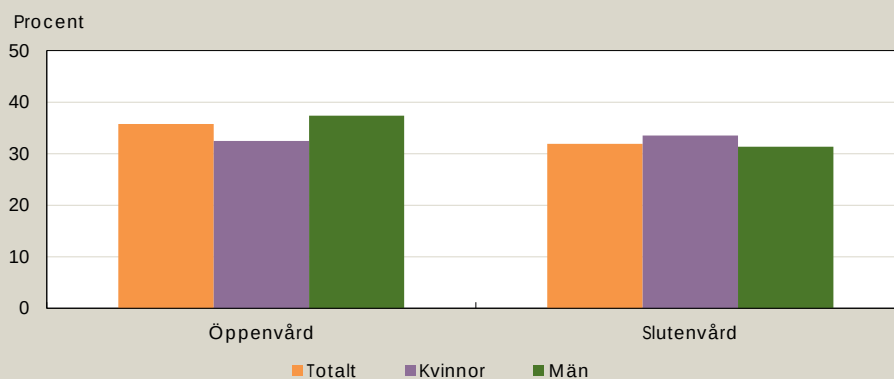
För verksamheter som beroendemottagningar kan det vara meningsfullt att istället använda de diagnostiska kriterierna för substansbruk än bedömning med DUDIT när det är uppenbart att patienten tillhör gruppen som bör få en behandling för att minska substansberoendet.

Här redovisas andelen personer inom öppen- och slutenvård som bedömts med DUDIT. Data har hämtats från SBR och redovisas för riket som helhet.

Under den aktuella perioden ingick 5 800 patienter från SBR (med beroende av alkohol, narkotika eller en kombination av flera substanser) varav totalt 36 procent bedömts med DUDIT inom öppenvård och 32 procent inom slutenvård. Det är vanligt förekommande att patienter har ett beroende kopplat till flera olika substanser.

15. RIKET. Bedömning med DUDIT för att identifiera beroende av narkotika

Andel personer som bedömts med DUDIT under perioden juni 2015 - augusti 2017.



*Stockholms öppenvård redovisas ej här.

Källa: Svenskt Beroenderegister (SBR).

16. Hög AUDIT-poäng vid bedömning för riskbruk av alkohol under graviditet

Alkohol under graviditet kan skada fostret. Fosterskadorna kan inkludera tillväxthämning, missbildningar och hjärnskador, men kan även leda till beteendestörningar och andra mentala problem. Alkoholkonsumtion under graviditeten ökar även risken för missfall och låg födelsevikt hos barnet. Det finns ett tydligt samband mellan skadornas omfattning och mängden alkohol som modern har druckit under graviditeten, men eftersom ingen vet var gränsen för skadlig alkoholkonsumtion går är de svenska rekommendationerna att inte dricka alkohol alls [37].

För att kunna upptäcka riskbruk av alkohol använder mödrahälsovården bedömningsinstrumentet, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). AUDIT speglar alkoholvanor under graviditeten. Målet är att alla gravida ska få information om alkohol under graviditeten och erbjudas bedömning med AUDIT. Screening med AUDIT ingår i de riktlinjer för mödrahälsovård som gemensamt har arbetats fram av Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) och Svenska Barnmorskeförbundet (SBF).

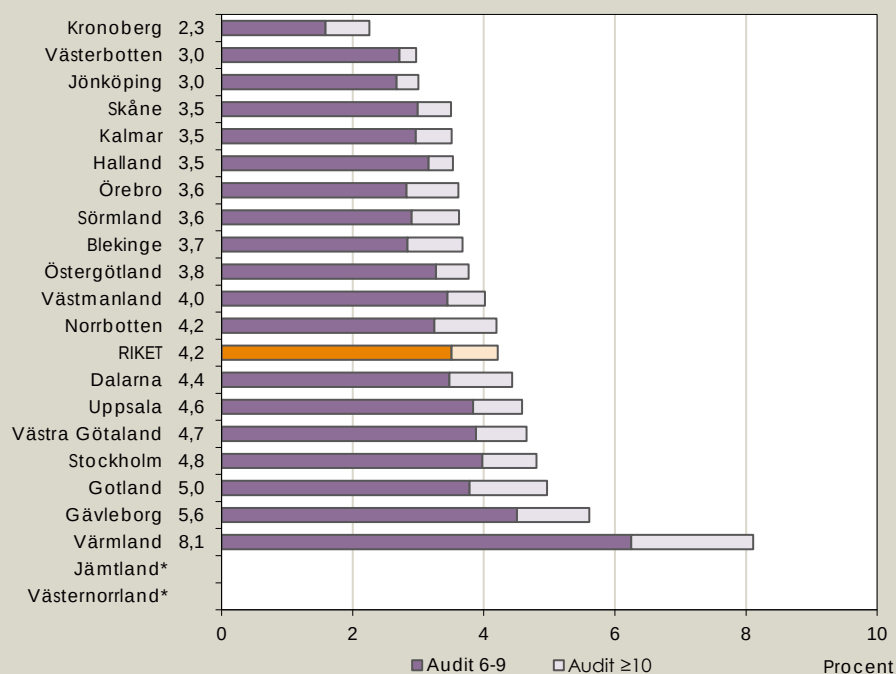
Om indikatorn

Definition	I AUDIT formuläret svarar kvinnorna på frågor om alkoholvanor året då de är gravida och sedan poängsätts svaren. Poängen summeras från 0 till 40 poäng. En sammanlagd AUDIT-poäng mellan 6 och 9 kan vara tecken på riskbruk av alkohol påtalas, medan 10 poäng eller högre bedöms kunna tyda på ett beroende av alkohol.
Önskad effekt	Minska skadligt bruk och beroende av alkohol.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar hur stor andel av alla gravida kvinnor inom mödrahälsovården 2016 som hade mellan 6 och 9 poäng eller 10 poäng och mer.

Indikatorn redovisar andelen gravida kvinnor vars resultat bedömts vara tecken på ett riskbruk eller skadligt bruk av alkohol (dvs. av totalt bedömda har en andel kvinnor AUDIT-poäng 6–9 respektive 10 poäng eller högre) under 2016. Underlaget omfattar totalt 100 482 kvinnor som födde barn 2016 och som registrerats i Graviditetsregistret. Av dessa har 84 procent av de gravida kvinnorna bedömts med AUDIT. I jämförelsen syns spridning mellan landstingen och med en geografisk variation när det gäller hög AUDIT-poäng. Med variationer mellan 2,3 och 8,1 procent av de bedömda kvinnorna i landstingen hade ett identifierat riskbruk av alkohol. De kvinnor som har 10 AUDIT-poäng eller mer varierade från 0,3 till 1,2 procent mellan landstingen. Jämtlands och Västernorrlands data ingår inte eftersom deras version av journalsystem inte stödjer en direktöverföring av data.

16. LÄN. Hög AUDIT-poäng vid bedömning för riskbruk av alkohol

Andel kvinnor med riskbruk av alkohol (AUDIT 6-9 samt 10 eller högre) vid bedömning under graviditet, avser kvinnor som födde barn under , 2016.



* Dessa landsting har haft en version av Obstetrixjournalen som inte stött en direktöverföring av uppgift om AUDIT-screening som övriga landsting

Källa: Graviditetsregistret.

17. Åtgärder till personer med riskbruk av alkohol

Folkhälsomyndigheten slår fast att inom alkoholområdet har det skett en positiv utveckling under perioden 2006–2016 i form av minskad riskfylld alkoholkonsumtion i befolkningen. Andelen personer med riskkonsumtion av alkohol i befolkningen mellan 16–84 år låg på 17 procent under 2016 i riket som helhet [21].

I den senaste mätningen från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) konstateras att andelen individer som klassas som högkonsumenter har sjunkit mellan 2004 och 2016. Vilket var tionde sva-

rande i mätningen, varav fler män än kvinnor men avståndet mellan könen avseende högkonsumenter har minskat något över tid [22].

Inom beroendevården konstateras att alkoholkonsumtion som kan leda till negativa konsekvenser för individen kan delas in i tre kategorier och i stigande ordning avseende allvarlighetsgrad [38]:

1. *Riskbruk* – diagnosen baseras inte främst på hur mycket individen dricker, utan ser till vilka följder som konsumtionen får för individen och dess omgivning. Gränsen för riskbruk anses ligga på 15 standardglas per vecka för män och 9 standardglas per vecka för kvinnor. (Mäts antingen som 12 gram alkohol, eller exempelvis 1 glas vin som 10–15 cl)
2. *Skadligt bruk* – alkoholintaget skapar risk för ohälsa och sociala problem. Det är individuellt hur mycket alkohol en person tål. Så kallad berusningsdrickande är en signal för skadligt bruk och innebär ett intag på mer än fem standardglas vid samma tillfälle, två gånger per månad eller oftare.
3. *Beroende* – innebär att hjärnan påverkats av alkoholintaget. Den egna viljestyrkan räcker inte längre för att styra alkoholintaget. Vanliga symptom på beroende är abstinens, kontrollförlust och att livet till stor del kretsar kring alkoholintaget.

Personer med olika grad av beroende till alkohol enligt ovan kan ha både jobb, bostad, familj och ett socialt fungerade liv. Enligt missbruksutredningen från 2011 bör rådgivnings- och behandlingsinsatser även inkludera socialt etablerade personer i större omfattning vilket kan ge stora vinster i form av tidig intervention och förebyggande arbete [25]. Arbetsgivarens och företagshälsovårdens insatser och identifiering av dessa problem spelar en stor och viktig roll.

Ett utvecklat och långvarigt beroende leder till både sociala och ekonomiska konsekvenser för individen utöver sjuklighet och kräver i regel omfattande resurser från flera huvudmän.

Socialstyrelsen har tagit fram *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor 2017* med rekommendationer om hur hälso- och sjukvården bör arbeta med råd och stöd om levnadsvanor vid ett riskfyllt alkoholbruk [4].

I utvärderingen av följsamheten till de nationella riktlinjerna 2014, redovisas att flertalet landsting bedömer att det är mindre än hälften av verksamheterna inom primärvården och psykiatri som har tagit fram rutiner för arbetet med levnadsvanor. Det är ännu mer ovanligt inom specialiserad öppen vård, dvs. somatisk vård. I de nationella riktlinjerna betonas vikten av att prioritera åtgärder som riktar sig till högriskgrupper, det är dock få landsting som har satsat på några sådana grupper [39].

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att patienter med riskbruk i första hand ska få ett rådgivande samtal, vilket innebär att hälso- och sjukvårdspersonal för en dialog med patienten och anpassar åtgärderna till individens hälsotillstånd och förutsättningar.

Uppföljning av primärvårdens verksamhet är inte möjlig i dagsläget eftersom det inte finns något register på nationell nivå. För att fånga hälso- och sjukvårdens arbete med prevention och behandling vid ohälsosamma lev-

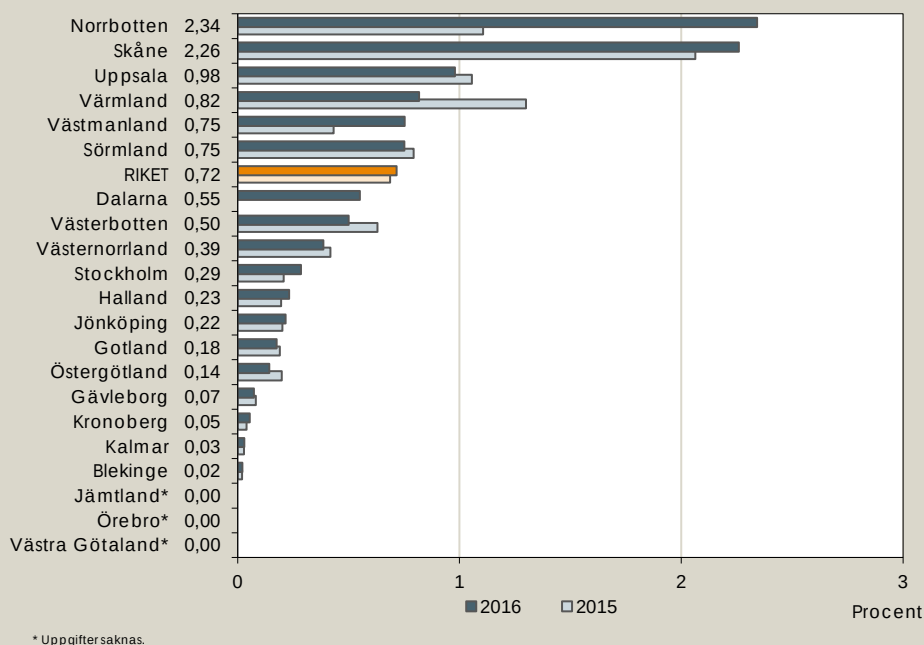
nadsvanor har Socialstyrelsen därför samlat in information genom en riktad enkät till landstingen. Resultaten visar bland annat att mycket få patienter med riskbruk av alkohol identifierats inom primärvården.

Om redovisningen	Utvecklingsområde
Definition	Här redovisas primärvårdens dokumentation av de patienter som har ett riskbruk av alkohol och som fått någon åtgärd enligt rekommendationen i de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.
Önskad effekt	Minska skadligt bruk och beroende av alkohol.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar hur stor andel av primärvårdens patienter som identifierats att ha ett riskbruk och som även har fått någon av följande åtgärder (dvs. mäts samlat som "någon åtgärd"):
	1. enkla råd
	2. rådgivande samtal
	3. kvalificerat rådgivande samtal.

Jämförelsen omfattar 5,04 miljoner patienter inom primärvården 2016 och av dessa identifierades 0,6 procent med ett riskbruk varav 0,72 procent fick någon åtgärd i riket som helhet, dvs. en mycket liten andel av det totala patientunderlaget från primärvården, enligt vad som har dokumenterats i journalsystemet. Med tanke på att befolkningen själva skattat en riskkonsumtion av alkohol på 17 procent 2016 i riket som helhet, enligt Folkhälsomyndighetens enkät *Hälsa på lika villkor*, borde fler identifieras inom primärvården. Redovisningen uppvisar en variation mellan 2,34 till 0,02 procent mellan landstingen av patienter som fick någon åtgärd enligt de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

17. LÄN. Åtgärder till personer med riskbruk av alkohol

Andelen patienter inom primärvården som har fått någon dokumenterad åtgärd på grund av riskbruk av alkohol, avser personer 18 år och äldre.

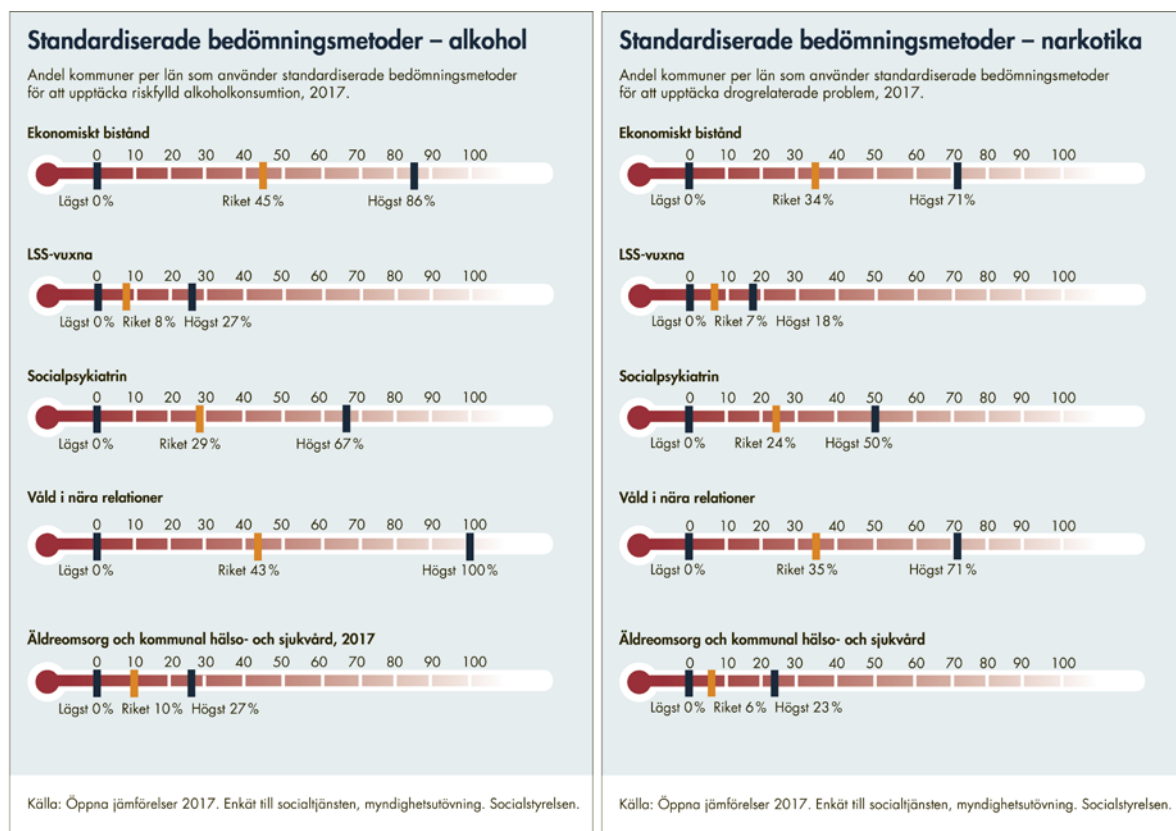


Källa: Socialstyrelsens enkät till landsting, 2016 och 2017.

18–20. Standardiserade bedömningsmetoder

Här redovisas översiktligt hur stor andel av kommunerna per län som använder någon standardiserad bedömningsmetod i enskilda ärenden inom socialtjänstens olika delområden för att identifiera personer med ett skadligt bruk av olika substanser. Länen med högsta respektive lägst utfall redovisas, samt rikets värde. I figur 3 redovisas hur övriga områden inom socialtjänsten arbetar med standardiserade bedömningsmetoder för alkohol och narkotika, något som redovisas inom öppna jämförelser för socialtjänsten. Dels redovisas kommuner per län med lägsta respektive högsta värdet samt rikets värde.

Figur 3: Standardiserade bedömningsmetoder



18. Uppföljning med standardiserade bedömningsmetoder inom missbruks- och beroendeverksamheterna

Det finns en rad olika bedömningsinstrument som kan användas dels för att fastställa behov av stöd och skadligt bruk men även för att följa utfall av insatta åtgärder.

ASI är exempel på en sådan standardiserad bedömningsmetod i utredningen och uppföljningssammanhang som bidrar till att säkerställa att den enskildes behov identifieras korrekt, kan åtgärdas med adekvata insatser samt följas upp. Med standardiserade bedömningsmetoder menas här ett formulär med i förväg fastställda frågor och svarsalternativ samt att det finns en manual som beskriver hur metoden ska användas. Standardiserade bedöm-

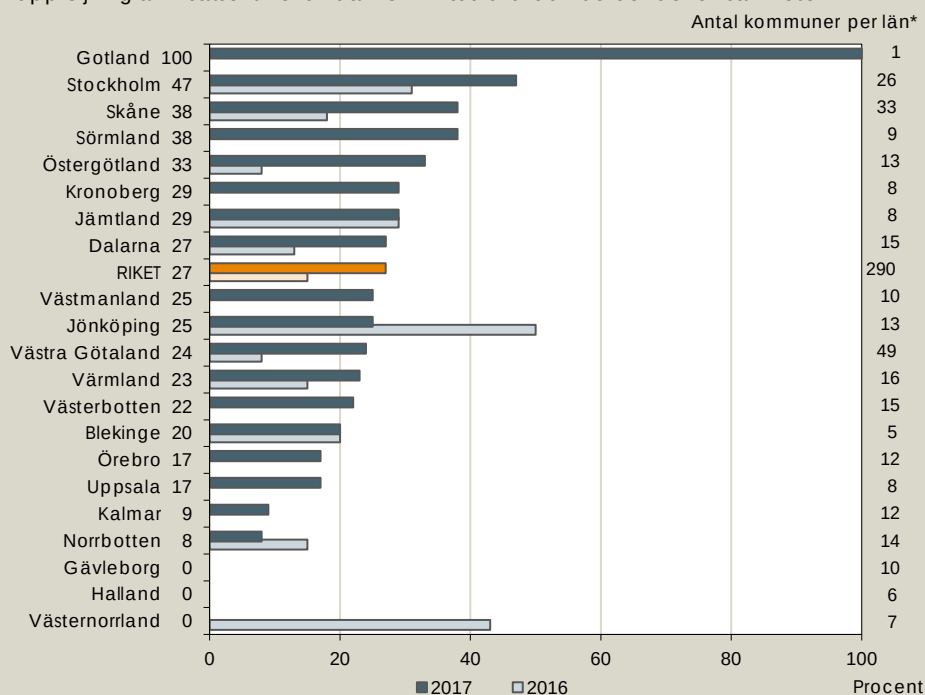
ningsmetoder bidrar dessutom till att vara ett lämpligt underlag i det systematiska uppföljningsarbetet, vilket gynnar utvecklingen av en jämlik och evidensbaserad socialtjänst eftersom frågorna bygger på forskning och beprövad erfarenhet.

Om indikatorn	
Definition	Kommunernas användning av standardiserade bedömningsmetoder inom missbruks- och beroendeverksamheter som underlag vid uppföljning av enskilda insatser. Metoder bygger på frågor för att bedöma en situation, en funktion eller ett behov.
Önskad effekt	Ökad tillgänglighet genom att den enskildes behov identifieras och åtgärdas med adekvata insatser.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar hur stor andel av kommunerna per län som uppger att de använt någon standardiserad bedömningsmetod. Till höger i diagrammet redovisas antal kommuner per län.

För länen och riket redovisas andelen svarande kommuner eller stadsdelar. Under 2017 uppgav 27 procent av kommunernas verksamheter inom beroendområdet på riksnivå, vilket är knappt 3 av 10 kommuner som använder någon standardiserad bedömningsmetod i sina uppföljningar (diagram 18). Det är en låg andel men utfallet har ökat något i jämförelse med 2016.

18. LÄN. Uppföljning med standardiserade bedömningsmetoder

Andel kommuner per län som använder någon standardiserad bedömningsmetod vid uppföljning av insatser till enskilda inom missbruks- och beroendeverksamheten.



*Stockholms stad består av 14 stadsdelar, Malmö stad består av 5 stadsdelar, Göteborgs stad består av 10 stadsdelar

Källa: Öppna jämförelser 2017. Enkät till socialtjänsten, myndighetsutövning. Socialstyrelsen.

19. Uppföljning med standardiserade bedömningsmetoder inom social barn- och ungdomsvård

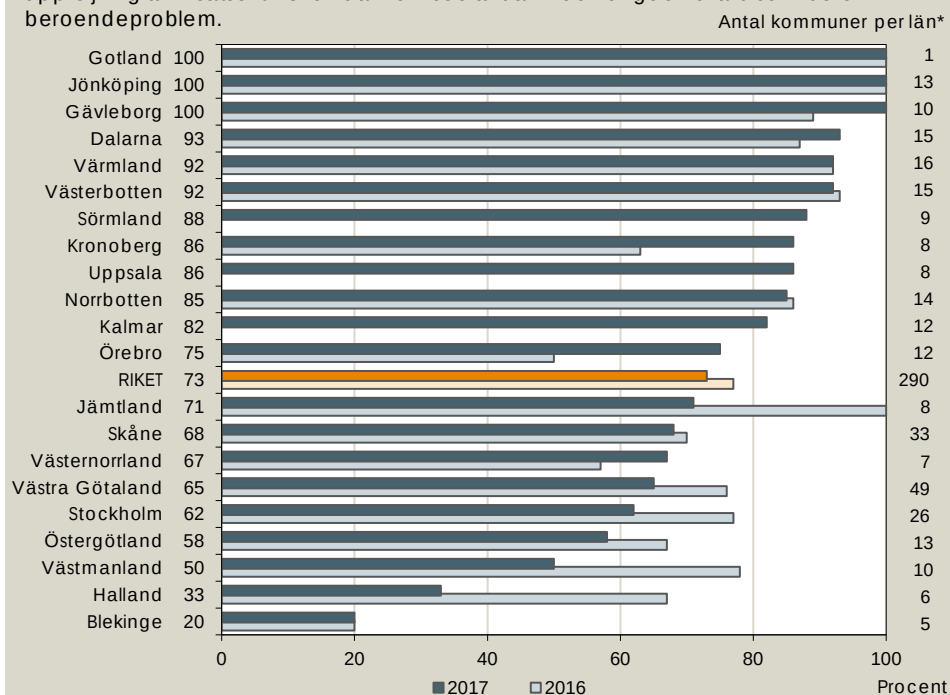
Indikatorn speglar i vilken utsträckning kommunerna har dokumenterad kunskap för att visa på effekter av socialtjänstens insatser för enskilda barn och unga. En ökad användning av standardiserade bedömningsinstrument för att kartlägga och bedöma barnets eller den ungas situation före respektive efter insats bidrar till ny kunskap om effekter. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer kan socialtjänsten använda bedömningsinstrumentet ADAD för att bedöma hjälpbehov för ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem [1]. Vid bedömning av föräldrar eller andra vuxna är AUDIT, DUDIT eller ASI användbara bedömningsinstrument.

Om indikatorn	
Definition	Kommunernas användning av standardiserade bedömningsmetoder inom social barn- och ungdomsvård som underlag vid uppföljning av enskilda insatser. Metoder bygger på frågor för att bedöma en situation, en funktion eller ett behov med koppling till beroendeproblem.
Önskad effekt	Ökad tillgänglighet genom att den enskildes behov identifieras och åtgärdas med adekvata insatser.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar hur stor andel av kommunerna per län som uppger att de använt någon standardiserad bedömningsmetod inom social barn- och ungdomsvård. Till höger i diagrammet redovisas antal kommuner per län.

Här redovisas att 73 procent av kommunerna inom social barn- och ungdomsvård i riket som helhet använder någon standardiserad bedömningsmetod inom social barn- och ungdomsvård för uppföljning av enskilda insatser för 2017 som berör personer med problem med beroende, vilket är merparten av kommunerna (diagram 19). Det är en hög andel men utfallet har minskat något i jämförelse med utfallet för 2016.

19. LÄN. Uppföljning med standardiserade bedömningsmetoder

Andel kommuner per län som använder någon standardiserad bedömningsmetod vid uppföljning av insatser till enskilda inom social barn- och ungdomsvård som berör beroendeproblem.



*Stockholms stad består av 14 stadsdelar, Malmö stad består av 5 stadsdelar, Göteborgs stad består av 10 stadsdelar

Källa: Öppna jämförelser 2017. Enkät till socialtjänsten, myndighetsutövning. Socialstyrelsen.

20. Uppföljning med ASI

Socialstyrelsen rekommenderar i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende för att bedöma hjälpbehov hos vuxna med ett beroende att använda den standardiserade bedömningsmetoden, Addiction Severity Index (ASI). ASI-intervjun baseras på den amerikanska versionen, ASI 5. Socialstyrelsen har förvaltat ASI-intervjun och bidragit till dess användning sedan 1996 [40]. Data från ASI samlas inte in på nationell nivå utan ett antal privata leverantörer erbjuder huvudmännen webbaserade verktyg som kan användas i uppföljningssammanhang.

ASI bidrar till att ge en samlad bild av problemen inom klientens olika livsområden samt erfarenheter av klientens tidigare eller pågående behandling. ASI innehåller frågor om användningen av olika beroendeframkallande substanser, fysisk hälsa, arbete och försörjning, kriminalitet, familj och umgänge och psykisk hälsa. Den bidrar även till goda förutsättningar för uppföljning och återkoppling till klienten. Den svenska versionen av ASI finns i två versioner – ASI Grund och ASI Uppföljning, och data har hämtats härifrån. I en särskild förfrågan vände sig Socialstyrelsen till kommuner och bad om samtycke att få inhämta och redovisa ASI data. I denna insamling ingår cirka 5 000 klienter från ASI Grund (beroende på vilken tidsperiod som avses) och cirka 1 500 klienter i ASI Uppföljning (beroende på vilken tidsperiod som avses) från 49 kommuner som använder ASI i sina verksamheter. Underlaget kan inte redovisas som en jämförelse utan redovisas totalt för hela urvalet och bör tolkas med försiktighet.

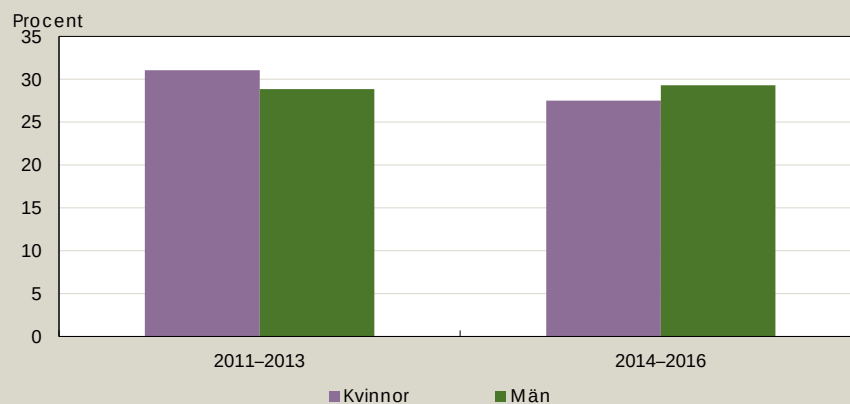
Om redovisningen	Utvecklingsområde
Definition	ASI bidrar till att bedöma hjälpbehov hos vuxna med ett beroende och är en standardiserad bedömningsmetod bestående av bland annat ASI Grund och ASI Uppföljning. Ett utvecklingsområde som är lämpligt för jämförelser och för att mäta resultat.
Önskad effekt	Ökad tillgänglighet genom att den enskildes behov identifieras och åtgärdas med adekvata insatser.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar hur många som genomgått en basintervju samt en uppföljningsintervju samt hur många som inte har några problem med beroendeframkallande substanser vid uppföljningstillfället.

Från underlaget som inhämtats från ASI framgår att andelen som genomgått en basintervju (ASI Grund) samt en uppföljningsintervju (ASI Uppföljning) är mycket låg. Andelen kvinnor som följs upp, har minskat mellan de två mätperioderna, 31 procent har följts upp 2011–2013 medan 28 procent har följts upp 2014–2016. Andelen män som följs upp ligger på samma låga nivå under båda tidsperioderna, på 29 procent (diagram 20.1). Det innebär att endast 3 av 10 klienter följs upp, vilket är en låg andel.

Vad som är en rimlig nivå för uppföljning av ASI framgår av litteraturen, att ett visst bortfall måste accepteras men det är nödvändigt att uppnå en viss kritisk massa av uppföljningsintervjuer för att det ska vara värt att sammanställa data på gruppnivå [41]. Det finns emellertid ingen universell accepterad regel om vilken procentandel av en given population som behöver följas upp för att det ska gå att analysera behandlingseffekter på ett meningsfullt sätt. Inom forskningen om beroende har vissa hävdade att en uppföljningsfrekvens på 70 procent är tillräckligt medan andra anger 80 procent eller högre som optimala nivåer. Även studier som rapporterar en uppföljningsfrekvens på 65–80 procent har hävdats kunna vara giltiga. I praktiken finns det studier som rapporterar alltifrån cirka 50 procent till nära 100 procent [42].

20.1. Uppföljning av klienter enligt ASI i 49 kommuner

Andel klienter som deltagit i intervju och bedömning enligt ASI Grund och ASI Uppföljning.



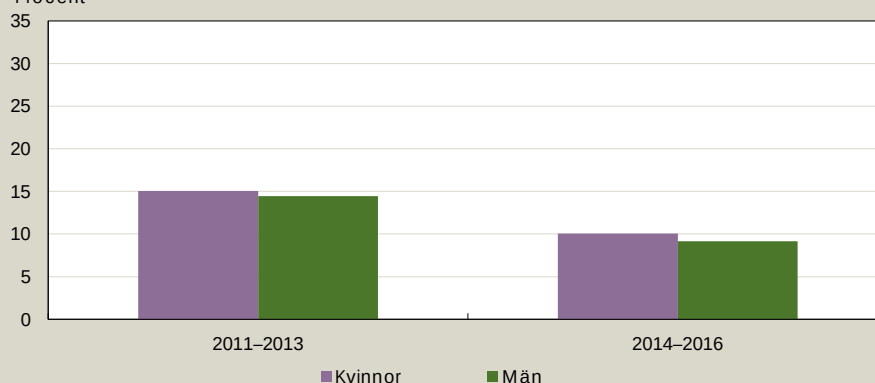
Källa: ASI-net, Råbe & Kobberstad AB.

Nedan redovisas ett resultat från ASI Uppföljning, i form av andelen klienter som intervjuaren bedömt inte har några problem med beroendeframkallande substanser vid uppföljningstillfället, vilket kan ses som ett intressant utfall och resultat i uppföljningssammanhang av behandlingseffekter. Två mätperioder redovisas: 15 procent av både kvinnorna och männen har inte några beroendeproblem vid uppföljningstillfället 2011–2013 och en något lägre andel av kvinnorna (10 procent) och männen (9 procent) av gruppen som helhet har inte några beroendeproblem vid uppföljningstillfället 2014–2016 (diagram 20.2). Underlaget baseras på ett litet urval från 49 kommuner, men det är ett viktigt exempel på konkreta resultat för verksamheterna att arbeta vidare med och följa över tid om uppföljningsvolymen kan öka.

20.2. Minskat beroende, resultat enligt ASI Uppföljning i 49 kommuner

Andel klienter som inte har några problem med beroendeframkallande substanser vid uppföljningstillfället (E25, intervjustratning) enligt ASI Uppföljning.

Procent



Källa: ASI-net, Råbe & Kobberstad AB.

21. Bedömning med ADDIS, SCID I eller MINI

De bedömningsinstrument som Socialstyrelsen rekommenderar för att identifiera beroende och skadligt bruk och som redovisats tidigare är AUDIT och DUDIT.

Här redovisa bedömningsinstrumenten ADDIS, SCID I och MINI som också rekommenderas i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. ADDIS är en strukturerad intervju som kan ge underlag för att diagnostisera skadligt bruk och beroende av alkohol och andra droger enligt ICD–10, och beroende enligt DSM–IV.

SCID I och MINI ger information om psykiatrisk samsjuklighet. Med samsjuklighet menas diagnostisering av beroende samt annan form av psykisk störning. Socialstyrelsen rekommenderar en integrerad behandlingsmetod som fokuserar på både det psykiska tillståndet och beroendet, en psykologisk och psykosocial behandlingsmodell [1].

SBR uppger att det finns en större psykisk sjuklighet, i synnerhet i den yngre åldersgruppen mellan 20–29 år. Om den psykiska sjukligheten är ursprunget till substansberoendet eller tvärtom är svårt att avgöra men den

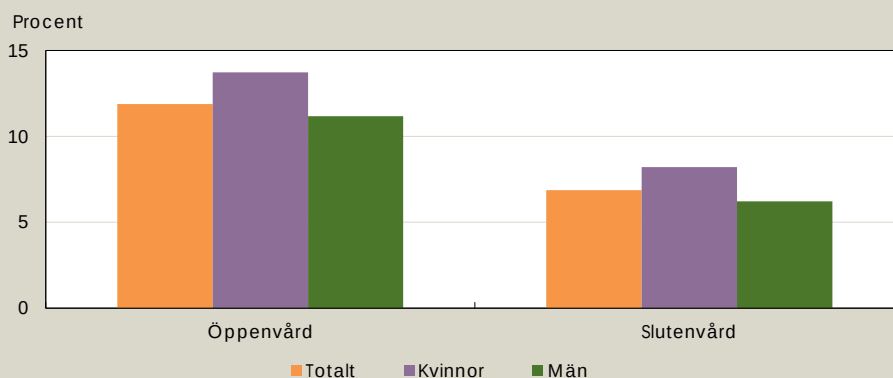
kan finnas bakomliggande riskfaktorer som är intressanta att studera vidare [33].

Om redovisningen	Utvecklingsområde
Definition	Bedömning av beroende eller skadligt bruk inför diagnostisering enligt rekommendationer i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk- och beroende med hjälp av med ADDIS, SCID I eller MINI. Ett utvecklingsområde som är lämpligt för jämförelser.
Önskad effekt	Minska skadligt bruk och beroende av alkohol och andra droger.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar hur många personer som bedömts med ADDIS, SCID I eller MINI inom öppen- och slutenvården. Eftersom dessa behandlingar utförs även av andra yrkesgrupper än läkare har SBR valts i denna redovisning trots att registret innehåller en mindre del av patientunderlaget totalt sett. SBR har en täckningsgrad på 26 procent av Socialstyrelsens patientregister (här registrerades enbart uppgifter läkarbesök fram tills nyligen).

Här redovisas andelen personer som har diagnostiserats med hjälp av antingen ADDIS, SCID I eller MINI vid nyregistrering inom öppenvården och slutenvård. Data har hämtats från SBR och redovisas för riket som helhet. Under den aktuella perioden ingick 3 500 patienter från SBR (dvs. med beroende av alkohol, narkotika eller en kombination) varav 12 procent bedömts inom specialiserad öppen vård och 7 procent inom slutenvård med något av bedömningsinstrumenten hos personer med en beroendediagnos (diagram 21). Det är vanligt förekommande med patienter som har ett beroende till flera substanser.

21. RIKET. Bedömningsinstrument

Andel bedömda med ADDIS, SCID I eller MINI bland vårdade med alkohol- eller narkotikadiagnos, under perioden juni 2015–augusti 2017.



*Stockholms öppenvård redovisas ej här

Källa: Svenskt Beroenderegister (SBR).

Läkemedelsbehandling

Socialstyrelsen redovisar här några indikatorer för läkemedel som används inom vården, ett utfall som de kan påverka.

SBR uppger att beroende kopplat till alkohol är den vanligaste diagnosen bland patienter som har registrerats inom slutenvård och öppenvård i regist-

ret. Diagnoser kopplade till opioder är den andra mest förekommande gruppen i öppenvården vilket speglar det omfattande antalet LARO-enheter (dvs. mottagningar för läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende) som finns i SBR snarare än att det är en indikation på substansernas utbredning. En tredje stor grupp är patienter med bruk av en blandning av olika substanser (dvs. som har en kombinationsdiagnos enligt den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10 med koden F19) [33].

Tabell 4: Indikationer om läkemedelsbehandling

Indikatorer	Område	Typ av indikator	ANDT mål 2016–2020	
				Resultatområde
22. Läkemedelsassisterad behandling vid beroende av alkohol	Läkemedelsbehandling	Process	Mål 4	Grad av missbruk/beroende
23. Läkemedelsassisterad behandling vid alkoholabstinens i slutenvård	Läkemedelsbehandling	Process Utvecklingsområde	Mål 4	Grad av missbruk/beroende
24. Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende	Läkemedelsbehandling	Process	Mål 4	Grad av missbruk/beroende

Se översikt för indikatorer i bilaga 1.

22. Läkemedelsassisterad behandling vid beroende av alkohol

Denna behandling har som mål att reducera och eliminera beroende och skadligt bruk. Behandlingen tenderar att bli långvarig innan klienterna kan uppnå ett drogfritt liv. Initialt krävs en korrekt diagnos och att formen av substansberoende identifierats, så att adekvat behandling för att bryta beroendet eller lindra abstinensen kan sättas in. Denna typ av läkemedelsassisterad behandling, dvs. med hjälp av icke beroendeframkallande läkemedel erbjuds med individuellt samtalsstöd ofta parallellt för att även reducera återfall.

Om indikatorn	
Definition	Här redovisas följsamhet till läkemedelsbehandling mot alkoholberoende enligt rekommendationer i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk- och beroende. Alkoholkonsumtionen ska upphöra eller minska för att på så sätt minska problem och skador som en hög konsumtion medför.
Önskad effekt	Minskar alkoholberoende och negativa konsekvenser och sjuklighet kopplat till substansberoendet.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar hur stor mängd som hämtat ut disulfiram, akamprosat eller naltrexon på recept av vårdade med alkoholdiagnos inom 12 månader efter vårdtillfället inom specialiserad öppen vård. Dödsfall under tidsperioden har exkluderats.

Det finns brister i diagnosregistreringen i Patientregistret som bör uppmärksammas i detta sammanhang. Dessutom omfattar läkemedelsregistret enbart förskrivna läkemedel som hämtas ut på apotek, inte läkemedel som ges när personen är inskriven i slutenvård, läkemedel dispenserade från läkemedels-

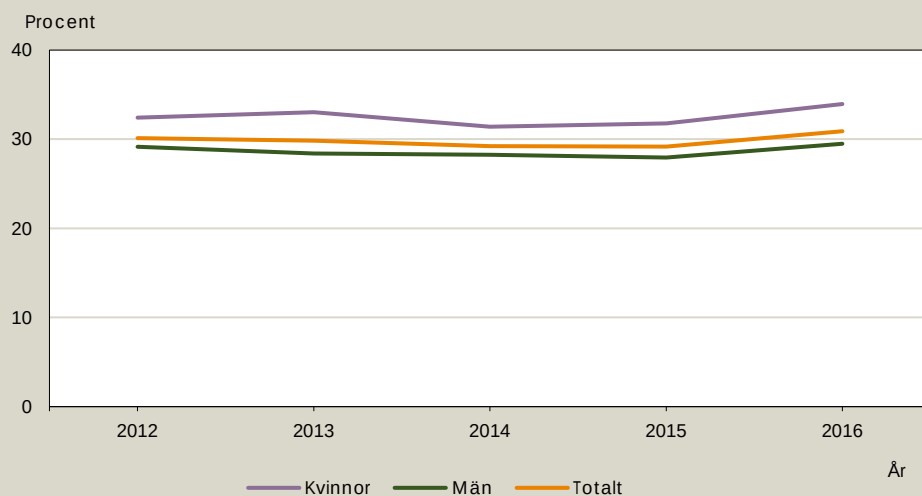
förråd, så kallade rekvisitionsläkemedel och inte heller läkemedel köpta utan recept. Om läkemedlen i stor utsträckning ges vid besök på sjukvårdsinrättningar, så sker det utan receptförskrivning. Det innebär att denna redovisning innehåller en underskattning av antalet behandlade samt att variationerna i jämförelsen ska tolkas med försiktighet.

Under 2015–2016 hämtade totalt 47 065 personer ut disulfiram, akamprosat eller naltrexon på recept vid minst ett tillfälle inom 12 månader efter vårdtillfället som de vårdats inom specialiserad öppen vård med diagnosen alkoholberoende. Totalt 30 procent av hela gruppen har fått läkemedelsbehandling. Det är något vanligare att kvinnor får läkemedelsbehandling jämfört med män. Omfattningen av behandlingen är ganska oförändrad över tid, dvs. behandlingen går varken upp eller ned i gruppen (diagram 22.1).

Spridningen mellan landstingen (diagram 22.2) varierar mellan 48,5 och 17,3 procent totalt sett. Mätperioderna består av ett sammanslaget medelvärde, där patienter under perioden 2015–2016 följs upp 365 dagar framåt från att vårdtillfället ägt rum dvs. inom perioden januari 2015 till juni 2016. Jämförelseperioden infaller mellan januari 2012 och december 2014.

22.1. RIKET. Läkemedelsbehandling vid beroende av alkohol

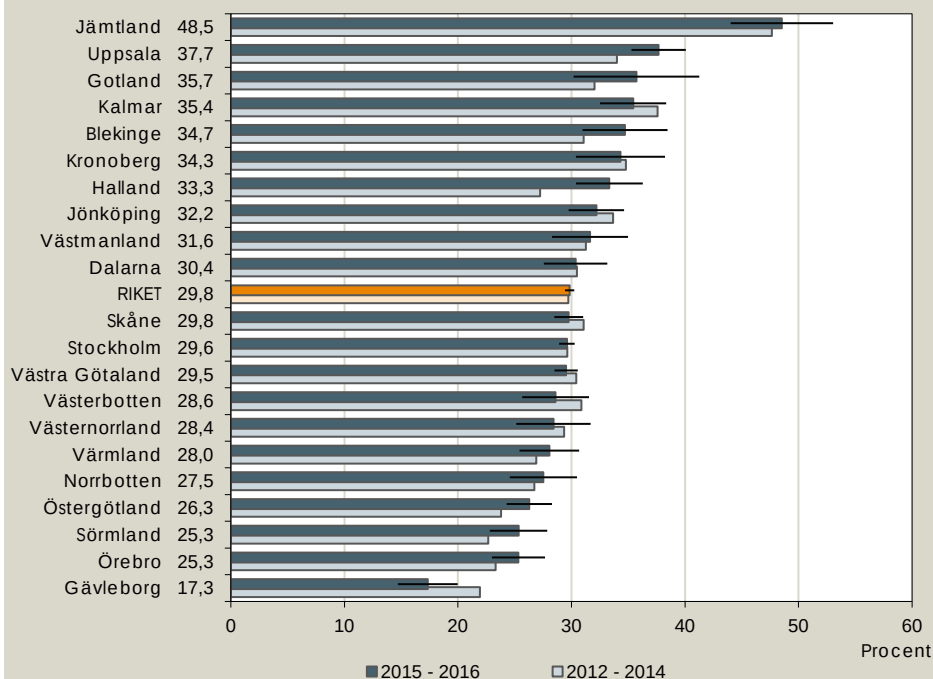
Andel som hämtat ut disulfiram, akamprosat eller naltrexon på recept bland vårdade med alkoholdiagnos inom 12 månader efter vårdtillfället inom specialiserad öppenvård, avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Läkemedelregistret och Dödsorsakregistret, Socialstyrelsen.

22.2. LÄN. Läkemedelsbehandling vid beroende av alkohol

Andel som hämtat ut disulfiram, akamprosat eller naltrexon på recept bland vårdade med alkoholdiagnos inom 12 månader efter vårdtillfället inom specialiserad öppenvård, avser personer 18 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Läkemedelregistret och Dödsorsakregistret, Socialstyrelsen.

23. Läkemedelsassisterad behandling vid alkoholabstinens i slutenvård

Alkoholabstinens brukar uppstå efter en längre tids omfattande alkoholintag hos personer med ett utvecklat alkoholberoende. Abstinensvård har tidigare inneburit avgiftning i form av förvaring men idag består den snarare av medicinska inslag, dvs. läkemedelsassisterad behandling.

Vid alkoholabstinens rekommenderas läkemedelsbehandling för att trappa ned beroendet. Alkoholabstinens kommer till uttryck genom en rad symtom som till exempel ångest, skakningar, snabb hjärtverksamhet och förhöjt blodtryck, men också risk för framför allt två allvarliga komplikationer abstinensepilepsi och delirium tremens. Alkoholabstinens är obehagligt och potentiellt ett allvarligt tillstånd.

Socialstyrelsens rekommenderar att:

- erbjuda behandling med bensodiazepiner till personer med alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens (prioritet 1)
- erbjuda behandling med bensodiazepiner eller klometiazol till personer med delirium tremens (prioritet 1)
- erbjuda behandling med bensodiazepiner till personer med alkoholabstinens (prioritet 2).

Avgörande för rekommendationerna är att bensodiazepiner är det enda läkemedel som både kan lindra symtom och förebygga komplikationer, men det finns risker för att individen utvecklar ett beroende till dessa läkemedel vid långvarig användning. Klometiazol har mindre vetenskapligt stöd men har visat sig trots allt ge god effekt [1].

Om redovisningen	Utvecklingsområde
Definition	Symtomlindrande läkemedelsbehandling mot alkoholabstinens med bensodiazepiner rekommenderas enligt de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk- och beroende.
Önskad effekt	Att minska alkoholabstinens och förebygga två allvarliga komplikationer abstinensepilepsi och delirium tremens.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar hur många som vårdades mot alkoholabstinens med de aktuella läkemedlen. I Patientregistret finns även uppgifter om läkemedel som åtgärd, men dessa uppgifter är ännu så länge av bristfällig kvalitet. Att kombinera data från Patientregistret vårdade i den slutna vården med data från Läkemedelsregistret är inte meningsfullt då läkemedel som ges till patienten under sjukhusvistelsen inte registreras i läkemedelsregistret. Därför redovisas data från SBR.

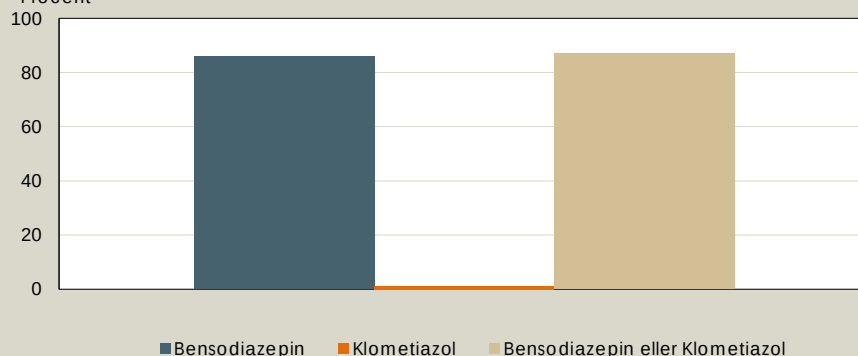
Här redovisas andelen personer som läkemedelsbehandlats vid alkoholabstinens. Data har hämtats från SBR och redovisas för riket som helhet.

Under den aktuella perioden ingick cirka 1 800 patienter från SBR som behandlats med en alkoholabstinens eller svår alkoholabstinens inom slutenvården (diagram 23) varav merparten av fick läkemedelsbehandling med bensodiazepiner eller kombinationen bensodiazepiner eller klometiazol, vilket är livräddande för personer med delirium tremens.

23. RIKET. Läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens

Andel som fått symtomlindrande läkemedelsbehandling mot abstinens bland personer vårdade i slutenvård med diagnosen alkoholabstinens eller svår alkoholabstinens, under perioden juni 2015–augusti 2017.

Procent



Källa: Svenskt Beroenderegister (SBR).

24. Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Beroende av opioider förekommer dels som beroende till heroin men även som beroende till opioidanalgetika (smärtstillande läkemedel). Läkemedelsassisterad behandling bör erbjudas vid opioidberoende enligt de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende [1].

Inom gruppen opioider brukar man skilja mellan opiater och opioider, där opiater består av naturliga ämnen som morfin, kodein och heroin medan opioider (förutom opiaterna som nämnts nyss) består av semisyntetiska substanser, som buprenorfin, syntetiska substanser som metadon, tramadol och oxikodon. Både opiater och opioider är beroendeframkallande substanser. Ur ett kliniskt perspektiv kan det istället vara mer relevant att göra skillnad utifrån beroendets svårighetsgrad, eventuellt injektionsbruk, användning av andra droger och social stabilitet.

Vid bruk av narkotika, av opioider, ingår som nämnts ovan både heroin samt opioidanalgetika (dvs. smärtstillande läkemedel). Den grupp som är beroende av opioidanalgetika är sannolikt mer heterogen när det gäller sjuklighet och dödlighet, grad av beroende samt social situation, jämfört med gruppen som är beroende av heroin. Personer med ett beroende av opioidanalgetika tycks ha en högre grad av social stabilitet samt lägre grad av annan droganvändning vilket anses gynnsamt vid eventuell läkemedelsbehandling.

Om indikatorn	
Definition	Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende bör ges med följande läkemedel enligt de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende: • kombinationen buprenorfin–naloxon (prioritet 1) • metadon (prioritet 2). • buprenorfin (prioritet 6).
Önskad effekt	Förebygger återfall, förbättrar social funktion och minskar medicinska komplikationer och dödlighet.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar andelen personer som hämtat ut läkemedel antingen efter ett vårdtillfälle i slutenvård eller inom specialiserad öppen vård. Personens första vårdtillfälle (under exempelvis ett kalenderår) selekteras oavsett vårdform. Utskrivningsdatumet utgör startdatum för att hämta information om läkemedelsuttag under 12 månader framåt. Varje stapel summerar till 100 procent av behandlade i riket och landstingen. För de personer som under året hämtat ut mer än ett av ovanstående läkemedel gäller att de klassificeras som användare av buprenorfin–naloxon om detta läkemedel förekommer, därefter i förekommande fall som användare av metadon och sedan buprenorfin. Dödsfall under tidsperioden har exkluderats. De nya föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (HSLF-FS2016:1) [43] som börjat gälla den 15 februari 2016 och innebär att: • Behandling av opioidberoende i vid bemärkelse regleras och inte endast behandling av missbruk av heroin, opium eller morfin. • Behandlingen får ges inte bara av specialister i psykiatri utan även av specialister i beroendemedicin. • Vissa uttryckliga hinder mot att inleda behandling, t.ex. pågående LVM-vård, har tagits bort. • Uttryckliga krav på att i vissa situationer avbryta behandlingen har tagits bort. • Patienten får möjlighet att successivt få hantera sin medicin efter tre månader om behandlingen varit stabil. Föreskriftsändringen innebär att data som redovisas här innehåller dels en grupp av patienter som diagnositerats för opiatberoende enligt tidigare regler fram till februari 2016 samt en grupp som utvidgats efter februari 2016 och som innehåller patienter som en fått diagnos enligt F11.1 samt F11.2 för opioidberoende.

Det finns brister i diagnosregistreringen i Patientregistret som bör uppmärksammas i detta sammanhang. Läkemedelsregistret omfattar enbart förskrivna läkemedel som hämtas ut på apotek och inte läkemedel som ges när personen är inskriven i slutenvård, eller läkemedel dispenserade från läkemedelsförråd, så kallade rekvisitionsläkemedel och inte heller läkemedel köpta utan recept. Om läkemedlen ges vid besök på sjukvårdsinrättningen, utan receptföreskrivning, innebär det att vi här ser en underskattning av antalet behandlade samt att variationerna i jämförelsen ska tolkas med försiktighet.

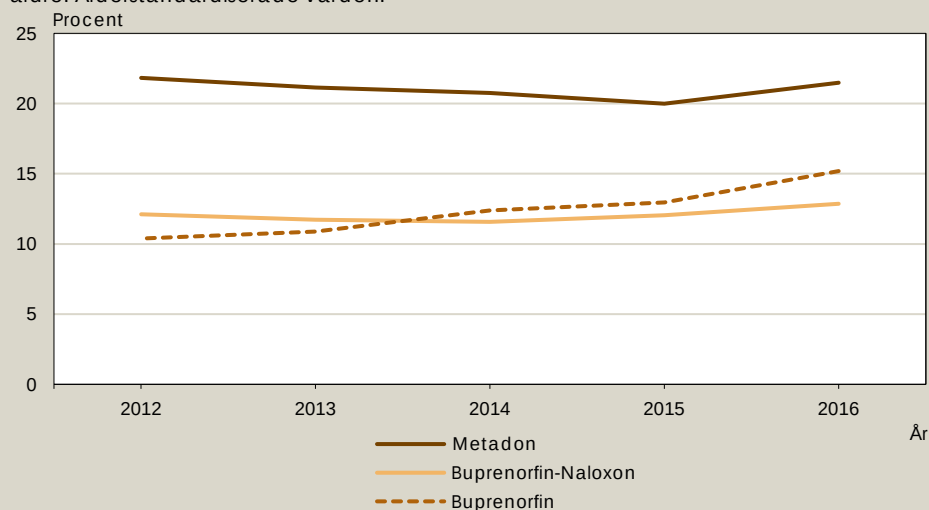
Här redovisas andelen personer med en narkotikadiagnos som hämtat ut metadon, buprenorfin–naloxon eller buprenorfin (enbart) på apotek 12 månader efter vård. Varje stapel summerar till 100 procent av behandlade i riket och landstingen. För de personer som under året hämtat ut mer än ett av ovanstående läkemedel gäller att de klassificeras som användare av buprenorfin–naloxon om detta läkemedel förekommer, därefter i förekommande fall som användare av metadon och sedan buprenorfin. 456 personer hade gjort ett uttag av mer än ett av läkemedlen året efter vårdtillfället av totalt 6 034 användare (vårdade 2014–2015).

Under 2016 gjordes totalt 798 uttag av metadon, 500 uttag av buprenorfin-naloxon samt 540 uttag av buprenorfin i riket som helhet. Det vanligaste läkemedelsuttaget var metadon men buprenorfin har också ökat något över tid som har lägre prioritet i de nationella riktlinjerna (diagram 24.1). Spridningen mellan landstingen varierar mellan 72,4 och 15,7 av patienter som vårdats under 2015–2016 (diagram 24.2).

Mätperioderna består av ett sammanslaget medelvärde, där patienter följs upp 365 dagar framåt från att vårdtillfället ägt rum dvs. inom perioden januari 2015 till juni 2016. Jämförelseperioden infaller mellan januari 2012 och december 2014.

24.1. RIKET. Läkemedelsbehandling vid opioidberoende

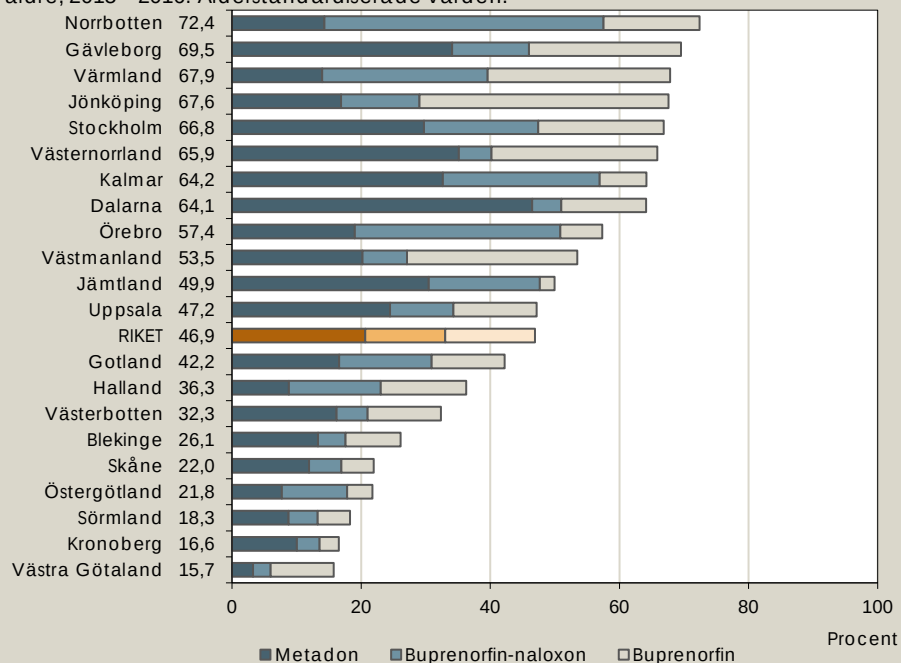
Andel personer som läkemedelbehandlats med metadon, buprenorfin-naloxon eller buprenorfin inom 12 månader efter vård vid opioidberoende, avser personer 20 år och äldre. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Läkemedelregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

24.2. LÄN. Läkemedelsbehandling vid opioidberoende

Andel personer som läkemedelsbehandlats med metadon, buprenorfin-naloxon eller buprenorfin inom 12 månader efter vård vid opioidberoende, avser personer 20 år och äldre, 2015—2016. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Läkemedelregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Psykologisk och psykosocial behandling för vuxna

Här redovisas två indikatorer för psykologisk och psykosocial behandling som används inom verksamheterna inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

Tabell 5: Indikatorer om psykologisk och psykosocial behandling

Indikatorer	Område	Typ av indikator	ANDT mål 2016-2020	Resultatområde
25. MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, m.fl. behandlingar	Behandling, Öppenvård	Process Utvecklingsområde	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
26. Manualbaserade insatser	Behandling Socialtjänstens Missbruks- och beroendeverksamhet	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende. Arbete/ sysselsättning

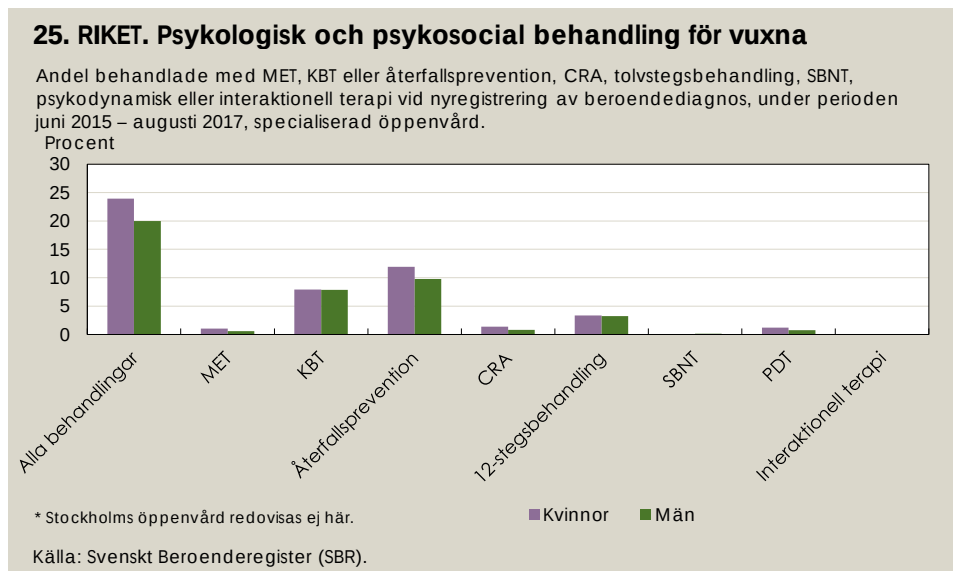
Se översikt för indikatorer i bilaga 1.

25. MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, m.fl. behandlingar

Vid beroende av alkohol rekommenderas i första hand motivationshöjande behandling (MET), kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention, community reinforcement approach (CRA), social behaviour network therapy (SBNT) eller tolvstegsbehandling. Dessa metoder har bäst bevisad effekt. MET har färre behandlingstillfällen än övriga metoder och utbildningen är mindre omfattande.

Om redovisningen	Utvecklingsområde
Definition	De behandlingar som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende är bland annat: • Motivationshöjande behandling • Kognitiv beteendeterapi • Psykodynamisk eller interaktionell terapi • Tolvstegsbehandling • CRA med tillägg av contingency management • KBT eller ÅP • SBNT, sociala nätverket.
Önskad effekt	Minska skadligt bruk och beroende av alkohol och andra droger.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar andelen som genomgår någon av de olika behandlingarna som preciserats ovan. Eftersom dessa behandlingar utförs även av andra yrkesgrupper än läkare har SBR valts i denna redovisning trots att registret innehåller en mindre del av patientunderlaget totalt sett. SBR har en täckningsgrad på 26 procent av Socialstyrelsens patientregister (här registrerades enbart uppgifter läkarbesök fram tills nyligen).

Under den aktuella perioden ingick cirka 4 200 patienter från SBR varav 24 procent av kvinnorna respektive 20 procent av männen har behandlats med någon av de aktuella behandlingarna (diagram 25). Den vanligaste behandlingen var återfallsprevention och KBT. Data har hämtats från SBR och redovisas för riket som helhet.



26. Manualbaserade insatser inom missbruks- och beroendeverksamhet

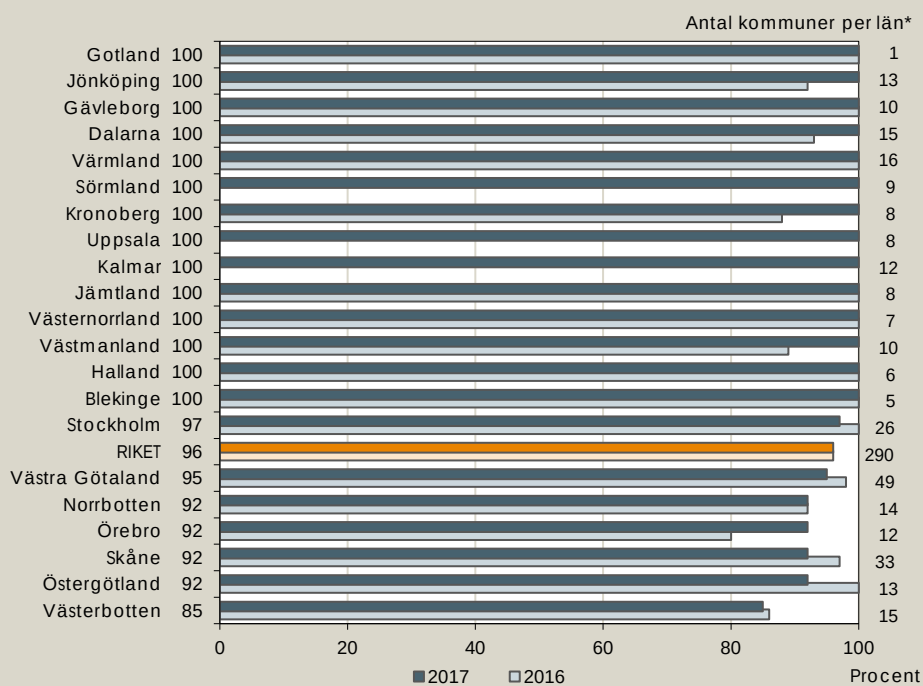
Enligt Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende 2015* bör både socialtjänsten och hälso- och sjukvården erbjuda psykologiska och psykosociala behandlingar till personer med ett skadligt bruk av olika substanser.

Om indikatorn	
Definition	Kommunernas som uppger att de inom missbruks- och beroendeverksamheterna erbjuder minst en manualbaserad insats enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Dessa behandlingsmetoder har hög prioritet (prioritet 1 och 2) eftersom de har en god effekt till låg kostnad, om de erbjuds i form av gruppbehandling. De behandlingar som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende är bland annat: • Motivationshöjande behandling • Kognitiv beteendeterapi • Psykodynamisk eller interaktionell terapi • Tolvstegsbehandling • CRA med tillägg av contingency management • KBT eller ÅP • SBNT, sociala nätverket.
Önskad effekt	Minska skadligt bruk och beroende av alkohol och andra droger.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar andelen kommuner per län i socialtjänsten som arbetar med någon manualbaserad behandling som beskrivs ovan. Till höger i diagrammet redovisas antal kommuner per län.

Under 2017 uppgav 96 procent av kommunernas verksamheter inom beroendområdet på riksnivå att de erbjuder minst en manualbaserad insats enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende (diagram 26). Det är en hög andel och flertalet kommuner i länen har arbetat med denna fråga.

26. LÄN. Manualbaserade insatser

Andel kommuner per län som uppger att de erbjuder minst en manualbaserad insats enligt de nationella riktlinjer inom missbruks- och beroendeverksamheterna.



*Stockholms stad består av 14 stadsdelar, Malmö stad består av 5 stadsdelar, Göteborgs stad består av 10 stadsdelar

Källa: Öppna jämförelser 2017. Enkät till socialtjänsten, myndighetsutövning. Socialstyrelsen .

Psykosociala stödinsatser

Socialstyrelsen redovisar här tre indikatorer för psykosociala stödinsatser som används inom verksamheterna som kommunerna kan påverka.

I SoL finns särskilda bestämmelser om att socialnämnden aktivt ska se till att personer med beroende får den hjälp och vård som de behöver för att komma ifrån beroendet (5 kap. 9 § SoL).

Tabell 6: Indikatorer om psykosociala stödinsatser

Indikatorer	Område	Typ av indikator	ANDT mål 2016-2020	Resultatområde
27. Erbjuder minst ett stödprogram till närstående	Stödinsatser	Struktur	Mål 4	Närstående
28. Boendeinsats – Bostad först	Stödinsatser Socialtjänstens Missbruks- och beroendeverksamhet	Struktur	Mål 4	Boendesituation
29. Boendeinsats – Vårdkedja	Stödinsatser Socialtjänstens Missbruks- och beroendeverksamhet	Struktur	Mål 4	Boendesituation
30. Multiprofessionella team	Stödinsatser Socialtjänstens Missbruks- och beroendeverksamhet	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende

Se översikt för indikatorer i bilaga 1.

27. Stödprogram till närstående

Att leva nära någon som har ett beroende kan leda till psykiska och fysiska påfrestningar och ohälsa. Närstående till personer med ett beroende kan därför behöva stöd och hjälp för egen del för att hantera relationen till den som har ett beroende. I de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende ingår olika åtgärder i form av psykosocialt stöd till vuxna närstående till personer med ett beroende. Det finns även stöd till närstående som vill motivera personer som har ett beroende till behandling. Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stöder en närstående som har funktionshinder, enligt 5 kap. 10 § SoL. Närstående till personer med beroendeproblem omfattas av den bestämmelsen. I HSL finns inte någon motsvarande bestämmelse för närstående vuxna.

Däremot fastställs i 5 kap. 7 § HSL att hälso- och sjukvården ska beakta barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller annan vuxen som bor varaktigt med barnet har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar.

Hälso- och sjukvården ansvarar för att förebygga beroende, och den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska ges upplysning om metoder för att

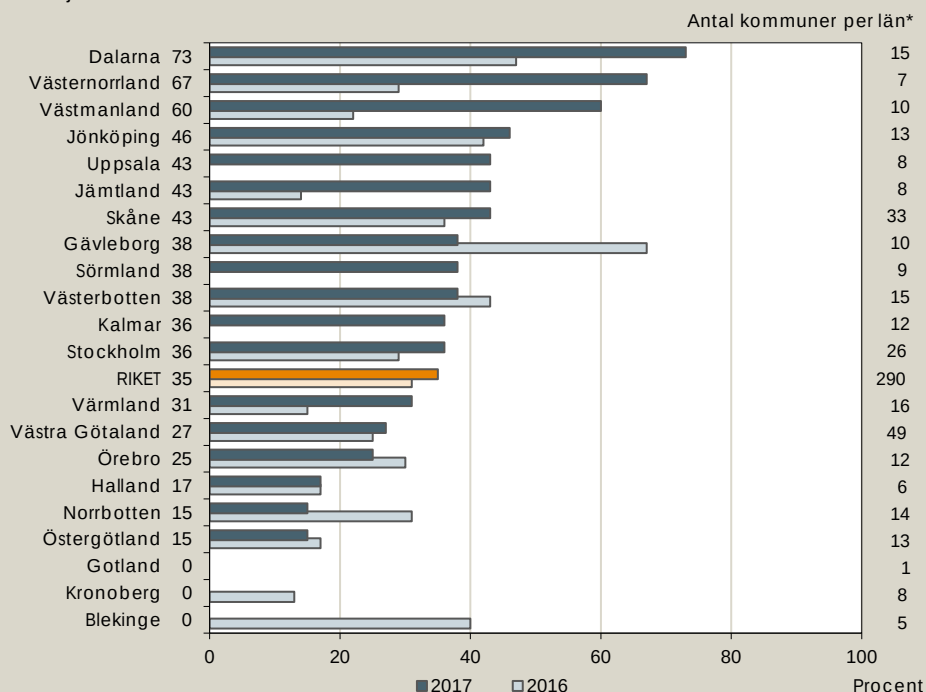
förebygga sjukdom eller skada. Vilket även berör närstående som riskerar att drabbas av ohälsa på grund av att de vårdar eller stödjer en person med ett beroende.

Om indikatorn	
Definition	Stödprogram till närstående syftar till att hjälpa deltagaren att hantera livet som närstående till en person med beroendeproblem. Rekommendationerna har fått hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende och rekommenderar följande program: • AL-ANON-inspirerade stödprogram (inklusive AFT) • Nar-ANON-inspirerade stödprogram • Coping skills training (CST).
Önskad effekt	Minska skadligt bruk och beroende av alkohol och andra droger.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar andelen kommunen per län inom missbruks- och beroendeverksamheterna som erbjuder minst ett stödprogram till vuxna närstående till personer med behov av stöd kopplat till problem beroende av olika substanser. Till höger i diagrammet redovisas antal kommuner per län.

Under 2017 uppgav 35 procent av kommunerna att de erbjuder minst ett stödprogram till närstående (diagram 27). Det är en marginell ökning jämfört med 2016. Dalarna, Västernorrland och Västmanland är de län med kommuner där stödsatser för närstående ges i störst utsträckning och där det ökat mest. I Gävleborg och Norrbotten är förhållandena de motsatta, dvs. de har minskat sitt arbete med stödprogram till närstående.

27. LÄN. Stödprogram till närstående

Andel kommuner per län som erbjuder stödprogram till närstående enligt nationella riktlinjer inom missbruks- och beroendeverksamheterna.



*Stockholms stad består av 14 stadsdelar, Malmö stad består av 5 stadsdelar, Göteborgs stad består av 10 stadsdelar

Källa: Öppna jämförelser 2017. Enkät till socialtjänsten, myndighetsutövning. Socialstyrelsen.

28–29. Boendeinsatser

Ett stabilt boende är ofta en förutsättning för att kunna delta i behandling för att komma ifrån ett beroende. Många människor med alkohol- och narkotika-problem har svårt att upprätthålla en stabil boendesituation. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda boendeinsatser i form av Bostad först eller Vårdkedja till personer med beroende av alkohol eller narkotika och som är hemlösa. Avgörande för rekommendationerna är att åtgärderna bidrar till ökad boendestabilitet.

28. Boendeinsats – Bostad först

Grundtanken med boendeinsatsen Bostad först är att hemlösa först och främst ska få en bostad och sedan därefter erbjudas stöd de själva vill ha. Fokus är att uppnå boendestabilitet och i andra hand erbjuda stöd för att hantera annan problematik som till exempel psykisk ohälsa och beroende. Inga krav på nykterhet eller deltagande i behandling ingår.

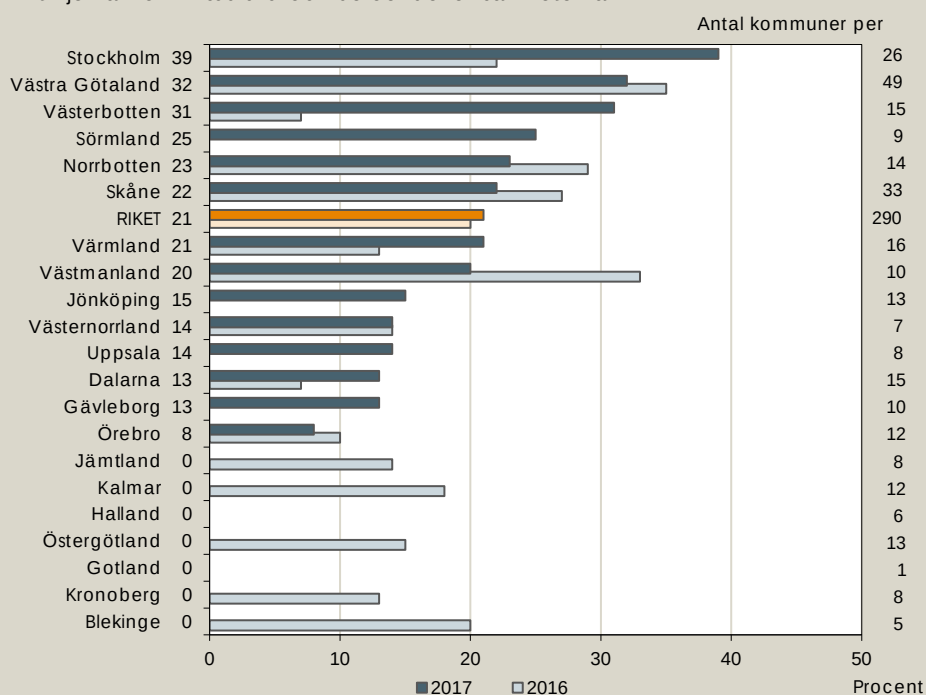
Om indikatorn	
Definition	Att erbjuda boende utan krav på behandlingsföljksamhet eller annan meritering enligt Bostad först avhjälper hemlöshet i större utsträckning än om erbjudandet om boende följs av sådana krav. Med Bostad först avses att den hemlöse uppmuntras att själv definiera sina behov och mål. Personen erbjuds sedan, om denne så önskar, omedelbart en varaktig bostadslösning. Erbjudandet ges utan några krav på att personen först har genomgått behandling eller uppvisat nykterhet och drogfrihet. Fokus är att uppnå boendestabilitet och i andra hand erbjuda stöd till den enskilde. Boendelösningen är utan krav på behandlingsföljksamhet eller annan meritering, t.ex. nykterhet. Modellen rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.
Önskad effekt	Minska skadligt bruk och beroende av alkohol och andra droger.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar andelen kommunen per län inom missbruks- och beroendeverksamheterna som erbjuder boendeinsatsen Bostad först till hemlösa personer med beroende och/eller psykisk sjukdom. Till höger i diagrammet redovisas antal kommuner per län.

Under 2017 uppgav endast 21 procent av kommunernas att de erbjuder boendeinsatsen Bostad först (diagram 28). Det är en låg andel och ingen egentlig ökning i jämförelse med 2016.

Tittar man på andelen kommuner per län som erbjuder insatsen så är det Stockholms län, Västra Götaland och Västerbottens län som i störst utstäckning erbjuder insatsen. I Västerbotten och Stockholms län har andelen kommuner som erbjuder insatsen ökat mest mellan åren. I Västmanlands län har insatsen minskat.

28. LÄN. Boendeinsats - Bostad först

Andel kommuner per län som erbjuder boendeinsatsen Bostad först enligt de nationella riktlinjerna inom missbruks- och beroendeverksamheterna.



*Stockholms stad består av 14 stadsdelar, Malmö stad består av 5 stadsdelar, Göteborgs stad består av 10 stadsdelar

Källa: Öppna jämförelser 2017. Enkät till socialtjänsten, myndighetsutövning. Socialstyrelsen.

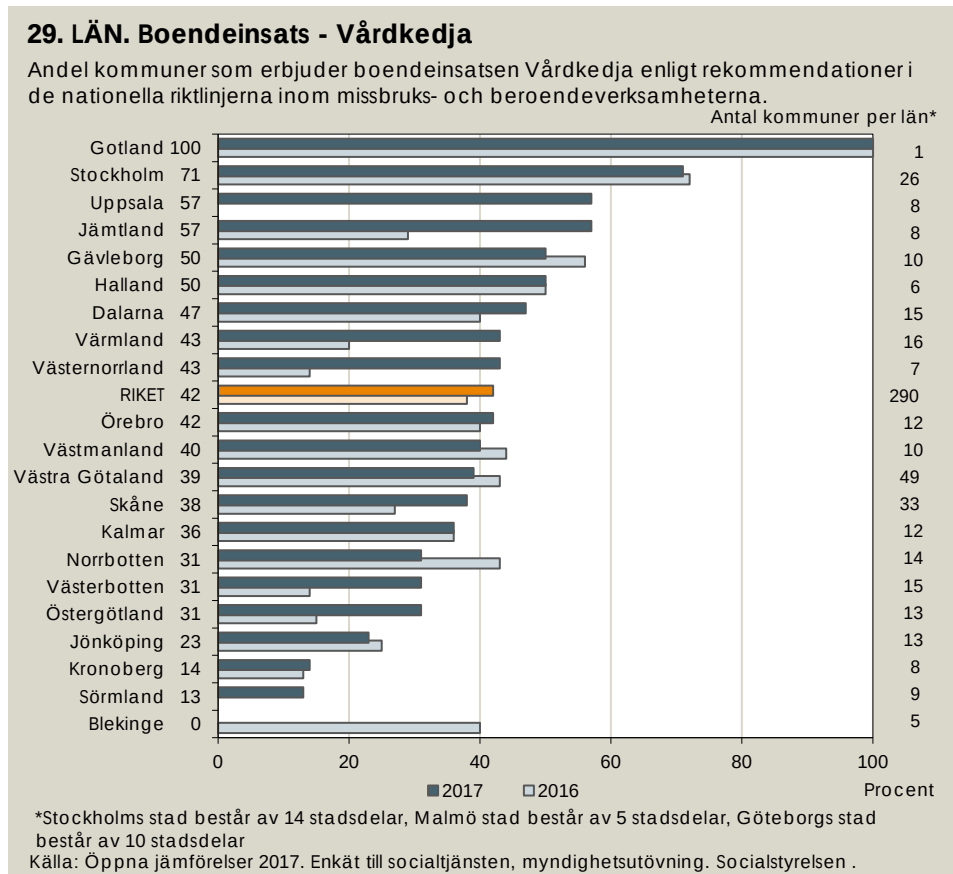
29. Boendeinsats – Vårdkedja

Boendeinsatsen Vårdkedja är en modell som syftar till att hemlösa personer med beroende och som saknar bostad ska få återfå ett stabilt boende. Detta sker genom att först behandla bakomliggande problematik (som beroende eller psykisk ohälsa) och därefter erbjuda en egen bostad, i olika steg. Vårdkedjan och tillhörande stöd- och vårdinsatser till den enskilde är villkorad och förutsätter att vissa regler följs, som till exempel nykterhet och att behandlingsplaner följs.

Om indikatorn

Definition	Med Vårdkedja avses en modell som syftar till att hjälpa hemlösa tillbaka till ett stabilt boende. Först behandlas bakomliggande problematik och därefter erbjuds egen bostad. Modellen fokuserar på stöd- och vårdinsatser. Under behandlingen erbjuds olika boendeinsatser i en viss ordningsföljd. Uppflyttning i vårdkedjans boendeformer är villkorade och bygger på att den enskilde följer uppställda regler. Modellen rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.
Önskad effekt	Minska skadligt bruk och beroende av alkohol och andra droger.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar om kommunen erbjuder boendeinsatsen "Vårdkedja" till hemlösa personer med beroende och/eller psykisk sjukdom. Till höger i diagrammet redovisas antal kommuner per län.

Under 2017 uppgav endast 42 procent av kommunernas att de erbjuder boendeinsatsen Vårdkedja (diagram 29). Det är en liten ökning jämfört med 2016. Här är det Gotland och Stockholms län som i störst utsträckning erbjuder insatsen. I kommuner i Östergötlands-, Jämtlands-, Värmlands- och Västernorrlands län har insatsen Vårdkedja ökat markant sedan 2016.



30. Multiprofessionella team

Psykisk ohälsa är vanligt bland personer som har ett beroende till olika substanser. Många har också andra problem och sociala svårigheter, vilka kan kräva vård, stöd och behandling från flera myndigheter och verksamheter. Det innebär att vissa personer behöver hjälp att samordna sina vård- och stödåtgärder. Case management är ett samlingsnamn för flera typer av modeller som har som syfte att samordna vård- och stödåtgärder och se till att klienten eller patienten får tillgång till adekvat vård och stöd. De olika modellerna skiljer sig åt när det gäller intensiteten i kontakten, graden av samordning och den roll teamet spelar i de behandlande och rehabiliterande insatserna. Case management i form av integrerade eller samordnande team innebär att ett multiprofessionellt team samordnar och ger vård och stödåtgärder. Ofta erbjuds såväl behandling (både för substansberoendet och för den psykiska sjukdomen) som psykosociala stödåtgärder av teamet.

Socialtjänsten bör erbjuda insatsen Case management i form av Integrerade team till personer med ett beroende till olika substanser och med samtidig

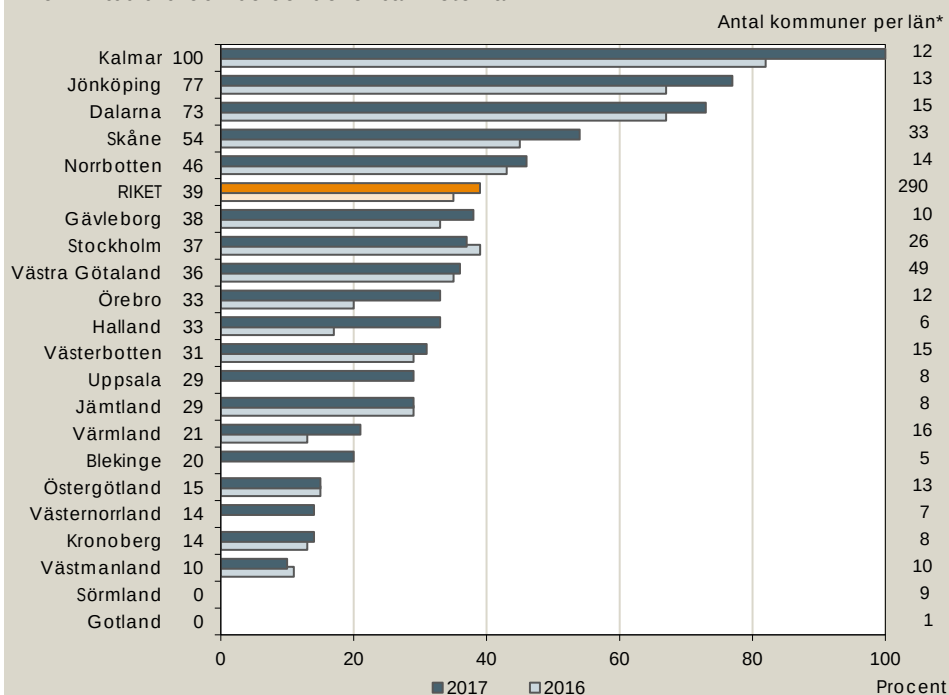
svår psykisk sjukdom för att samordna vård- och stödinsatserna, enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Modellen minskar antalet dagar på sjukhus och ökar boendestabiliteten. Därutöver har den en positiv effekt på enskildas livskvalitet, psykiska symtom och minskat beroende till skadligt bruk av olika substanser [1].

Om indikatorn	
Definition	Case management-modeller syftar till att samordna och se till att den enskilde får tillgång till adekvata vård- och stödinsatser. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör socialtjänsten erbjuda insatsen Case management i form av Integrerade team för personer med beroende med samtidig svår psykisk sjukdom och i behov av samordning av sina vård- och stödinsatser. Ett multiprofessionellt team samordnar individuellt anpassade vård- och stödåtgärder. Modellen minskar antalet dagar på sjukhus och ökar boendestabiliteten. Därutöver har den en positiv effekt på enskildas livskvalitet, psykiska symtom och beroende till skadligt bruk av olika substanser.
Önskad effekt	Minska skadligt bruk och beroende av alkohol och andra skadliga substanser.
Jämförelsen visar	Jämförelsen visar andelen kommunen per län inom missbruks- och beroendeverksamheterna som erbjuder multiprofessionella team med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde. Till höger i diagrammet redovisas antal kommuner per län.

Under 2017 uppgav 39 procent av kommunerna att de erbjuder Case Management med integrerade team, multiprofessionella team (diagram 30). Det är en marginell ökning sedan 2016. Tittar man på andelen kommuner per län som erbjuder insatsen är det Kalmar, Jönköping och Dalaranas län som i störst utsträckning erbjuder insatsen. I Örebro och Hallands län har erbjudande om insatsen ökat markant sedan 2016. I Västerbottens län har erbjudande om insatsen sjunkit.

30. LÄN. Multiprofessionella team

Andel kommuner per län som har multiprofessionella team enligt de nationella riktlinjerna inom missbruks- och beroendeverksamheterna.



*Stockholms stad består av 14 stadsdelar, Malmö stad består av 5 stadsdelar, Göteborgs stad består av 10 stadsdelar

Källa: Öppna jämförelser 2017. Enkät till socialtjänsten, myndighetsutövning. Socialstyrelsen .

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Socialstyrelsen; 2017.
2. Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Myndigheten för vård och omsorgsanalys. 2016:2.
3. Att förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling. Regeringskansliet; 2016.
4. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2017.
5. Öppna jämförelser 2017. Missbruks- och beroendevården. Guide för att tolka resultaten. Socialstyrelsen; 2017.
6. Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2017. Socialstyrelsen; 2017.
7. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Indikatorer med lägesbild 2017. Bilaga. Socialstyrelsen; 2017.
8. Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet. Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer. Socialstyrelsen; 2017.
9. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020. Regeringens skrivelse 2015/16:86; 2015.
10. Kartläggning av vårdlandskapet. Hur ser utbudet och tillgången till vård och behandlingsinsatser ut för personer med missbruk- och beroendeproblem? Underlagsrapport. Socialstyrelsen; 2015.
11. Tillsynsrapport 2016. Inspektionen för vård och omsorg 2016.
12. Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga. SOU 2011:6. Delbetänkande av Missbruksutredningen; 2011.
13. Indikatorbaserade uppföljningssystem inom missbruks- och beroendevården. En internationell utblick. Sirona health solutions; 2017.
14. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning. Rapport från ett utvecklingsprojekt. Socialstyrelsen; 2013.
15. Skattning av problematisk narkotikaanvändning Socialstyrelsen; 2007.
16. Den svenska narkotikasituationen – en översikt över rapporteringen till EU:s narkotikabyrå. Folkhälsomyndigheten; 2017.
17. Tillgängliggöra naloxon för patienter och personer utanför hälso- och sjukvården. Möjligheter inom ramen för dagens rättsliga regleringar. Läke-medelsverket och Socialstyrelsen.; 2017.
18. Narkotikarelaterade dödsfall. En analys av 2014 års dödsfall och utveckling av den officiella statistiken. Socialstyrelsen; 2016.
19. Statistik om dödsfall till följd av läke-medels- och narkotikaförgiftningar 2016. Socialstyrelsen; 2017.
20. Statistik om läke-medel 2016. Socialstyrelsen; 2017.
21. Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2017. Folkhälsomyndigheten; 2017.
22. Gröndahl, UGM. Trender i dryckesmönster – befolkningens självrapporterade alkoholvanor under 2000-talet. CAN Rapport 168: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN; 2017.

23. European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals.: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA.; 2011.
24. Samlad verksamhetsrapportering av arbetet inom ANDT-strategins insatsområden under 2016. Folkhälsomyndigheten; 2016.
25. Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individen, kunskapen och ansvaret (SOU 2011:35). Statens offentliga utredningar; 2011.
26. Ramstedt, M, Sundin, E, Landberg, J, Raninen, J. . ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013 - en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak: STAD; 2014.
27. Kunskapsguiden, självmord. 2014. Hämtad från: 2017-08-01: <http://www.kunskapsguiden.se/missbruk/teman/sjalvmord/Sidor/default.aspx>
28. Thylstrup, B, Bloomfield, K & Hesse, M. Incremental predictive validity of the Addiction Severity Index psychiatric composite score in a consecutive cohort of patients in residential treatment for drug use disorders. Addictive Behaviors. 2018; 76(January 2018):Pages 201-7.
29. Alkohol, droger och trafik. Trafikverket; 2014.
30. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal kommunal hälso - och sjukvård, 2016. Nationella resultat, guide för användning, beskrivning av datainsamling och indikatorer.: Socialstyrelsen; 2016.
31. Öppna jämförelser 2014. Läkemedelsbehandlingar. Jämförelser mellan landsting. Socialstyrelsen; 2014.
32. Personer intagna på SiS LVM-hem 2013 och 2014. En tabellsammanställning av DOK inskrivningsintervju. Statens institutionsstyrelse; 2016.
33. Årsrapport 2016. SBR - kvalitetsregister för bättre beroendevård. Svenskt Beroenderegister; 2016.
34. Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2016. Sveriges officiella statistik.: Socialstyrelsen; 2017.
35. Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2015. Sveriges officiella statistik. Socialtjänst. Socialstyrelsen; 2016.
36. Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2015 och 2016. Socialstyrelsen; 2017.
37. Mödranhälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa. Samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med Mödrabarnhälsovårdpsykologernas förening; 2016.
38. Fakta om alkohol. Beroendecentrum Stockholm. Stockholms läns landsting. 2017. Hämtad från: 2017-08-03: <http://www.beroendecentrum.se/fakta/alkohol/>
39. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014. Sjukdomsförebyggande metoder. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen; 2014.
40. ASI-manualen. Anvisningar till ASI Grund och ASI Uppföljning. Reviderad version 2017. Socialstyrelsen; 2017.
41. Engström, C, & Armelius, B.-Å. Implementering av en strukturerad intervju (ASI) i missbruksvård och kriminalvård. Socialvetenskaplig tidskrift. 2005; 12(1)

42. Hansten, ML, Downey, L., Rosengren, D.B. & Donovan, D.M. Relationship between follow-up rates and treatment outcomes in substance abuse research: more is better but when is “enough” enough? . *Addiction* 95(9), 1403-1416. 2000.
43. HSLF-FS 2016:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Socialstyrelsen; 2016.

Bilaga 1 – Översikt med indikatorer

ANDT mål 2016-2020*	
Tillgång till alkohol, narkotika, dopningsmedel och tobak ska minska.	Mål 1
Antalet barn och unga som börjar använda narkotika, dopningsmedel och tobak eller debuterar tidigt med alkohol ska successivt minska.	Mål 2
Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska.	Mål 3
Kvinnor och män samt flickor och pojkar med missbruk eller beroende ska utifrån sina förutsättningar och behov ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet.	Mål 4
Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som dör och skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska.	Mål 5
En folkhälsobaserad syn på ANDT inom EU och internationellt.	Mål 6

*Källa: En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020. Regeringens skrivelse 2015/16:86.

Resultatområde*	
Grad av missbruk/beroende beskriver hur en persons alkohol- eller narkotika vanor ser ut. Området lyfts överlag som viktigt, men olika företrädare förordar till viss del olika behandlingsmål – total drogfrihet eller minskat bruk. Den gemensamma nämnaren är vikten av att känna kontroll.	Grad av missbruk/beroende
En god hälsa beskrivs som ett självklart prioriterat resultat, alla människor i allmänhet vill må bra. Hälsan är nära sammanlänkad med många av de andra resultatområdena, inte minst med grad av missbruk/beroende.	Fysisk och psykisk hälsa
Utöver att vilja ha en boendesituation som man är nöjd med beskrivs boende som en övergripande och nödvändig trygghet, och som en förutsättning för många andra resultat. Önskemålen om specifik boendesituation kan dock variera utifrån den enskilda individens situation, förutsättningar och preferenser.	Boendesituation
Att ha en försörjning uppges vara viktigt för självkänsla och integritet. En osäker ekonomi och låg försörjningsgrad beskrivs tvärtom kunna försämra den psykiska hälsan och öka risken för återfall och för kriminellt beteende.	Ekonomisk stabilitet/försörjning
Arbete och sysselsättning kan handla både om en anställning, en utbildning eller någon annan form av regelbunden aktivitet. Det beskrivs skapa en regelbundenhet i vardagen och en känsla av sammanhang och mening, och är kopplat till bilden av "ett vanligt liv".	Arbete/sysselsättning
Kriminellt beteende är relativt vanligt bland personer med missbruk och beroende. Utöver att användning av narkotika är kriminaliserat förekommer också andra brott med indirekt koppling till missbruket/beroendet, som exempelvis rattonykterhet eller våldsamt bete-	Kriminalitet

Resultatområde*	
ende. Många beskriver att det är viktigt att bli fri från kriminaliteten för att kunna gå vidare i livet och skapa en stabil tillvaro.	
Personer med missbruk och beroende har en högre risk att råka ut för olika typer av brottslighet och är överlag mer sårbara för brott. Trygghet och säkerhet lyfts fram som särskilt viktigt för kvinnor med missbruk och beroende, och för ungdomar och personer som valt att lämna en tidigare kriminell livsstil.	Trygghet och säkerhet
Med närstående avses personer som brukaren anser sig ha en nära relation till, som exempelvis barn, föräldrar, partner eller vänner. Många lyfter att man vill minska de negativa konsekvenserna för närstående och att man vill få tillbaka relationer man har förlorat på grund av sitt missbruk eller beroende.	Närstående
Ett funktionellt socialt nätverk beskrivs vara viktigt både för det egna välmåendet och för återhämtningen. Man betonar också svårigheterna i att lämna tidigare umgängen som haft en negativ inverkan på återhämtningen.	Socialt nätverk
Att stå på egna ben och inte behöva vara en del av systemet på obestämd tid, lyfts fram som ett önskat resultatområde. Man vill ha kontroll över sin livssituation. Samtidigt måste man få be om stöd när man behöver det.	Självständighet
Stigmatisering inkluderar både omgivningens fördomar, diskriminering och stereotypa föreställningar, och personens egen upplevelse av skam och ångest. Att mötas av respekt och inte bli stämplad pga. missbruks-/beroendeproblematiken beskrivs som viktigt. Man vill bli betraktad som en fungerande samhällsmedborgare.	Stigmatisering
En känsla av sammanhang som ger mening beskrivs dels ha ett egenvärde i sig, och dels hjälpa till att skapa hållbara resultat. Både sysselsättning och ett socialt nätverk kan bidra till att skapa en känsla av sammanhang.	Sammanhang

* Källa: Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Myndigheten för vård och omsorgsanalys. 2016:2.

Tabell 1: Generella indikatorer

Indikatorer	Område	Typ av indikator	ANDT mål 2016–2020*	Resultatområde**
1. Dödsfall genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar i befolkningen	Dödlighet	Resultat Utvecklingsområde	Mål 5	Grad av missbruk/beroende
2. Alkoholrelaterade dödsfall i befolkningen	Dödlighet	Resultat Utvecklingsområde	Mål 5	Grad av missbruk/beroende
3. Dödlighet bland vårdade	Dödlighet Hälso- och sjukvård	Resultat	Mål 5	Grad av missbruk/beroende
4. Själv-mord eller själv-mordsförsök bland vårdade	Själv-mord Hälso- och sjukvård	Resultat	Mål 5	Grad av missbruk/beroende
5. Återinskrivning i slutenvård bland vårdade	Återinskrivningar Hälso- och sjukvård	Resultat	Mål 5	Grad av missbruk/beroende
6. Tillgänglighet i socialtjänsten	Tillgänglighet Socialtjänst	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/beroende
7. Externa samverkan mellan kommunen och landstinget	Samverkan Missbruksverksamhet Socialtjänst	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/beroende
8. Extern samverkan mellan kommunen och Statens institutionsstyrelse (SIS)	Samverkan Social barn- och ungdomsvård Socialtjänst	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/beroende
9. Rutiner inom hemtjänsten vid beroende	Rutiner Hemtjänst Socialtjänst	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/beroende
10. Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel	Läkemedelsbehandling Hälso- och sjukvård	Process	Mål 3	Grad av missbruk/beroende
11. Vård och stöd till personer som tvångsvårdas enligt LVM	Vård och stöd LVM	Resultat Utvecklingsområde	Mål 4	Grad av missbruk/beroende
12. Perioder av frihet från beroende av olika substanser	Drogfrihet Hälso- och sjukvård	Resultat Utvecklingsområde	Mål 5	Fysisk och psykisk hälsa. Självständighet.
13. Förbättrat hälsotillstånd enligt EQ-5D	Förbättra hälsa Hälso- och sjukvård	Resultat Utvecklingsområde	Mål 5	Fysisk och psykisk hälsa

*Källa: En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020.

** Källa: Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Myndigheten för vård och omsorgsanalys. 2016:2.

Tabell 3: Indikatorer om bedömningsinstrument

Indikatorer	Område	Typ av indikator	ANDT mål 2016–2020*	Resultatområde
14. Bedömning med AUDIT för att identifiera beroende av alkohol	Bedömning Öppen vård	Process Utvecklings- område	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
15. Bedömning med DUDIT för att identifiera beroende av narkotika	Bedömning Öppen vård	Process Utvecklings- område	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
16. Hög AUDIT-poäng vid bedömning för riskbruk av alkohol under graviditet	Bedömning	Process	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
17. Åtgärder till personer med riskbruk av alkohol	Bedömning Primärvård	Process Utvecklings- område	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
18. Standardiserade bedömningsmetoder	Bedömning, Missbruk- och beroendeverk- samhet, socialtjänst.	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
19. Standardiserade bedömningsmetoder	Bedömning, inom social barn- och ungdomsvård, Socialtjänsten	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
20. Uppföljning med Addiction Severity Index (ASI) samt Klienter fria från beroendeproblem – vid uppföljning enligt ASI.	Bedömning och uppfölj- ning Socialtjänst	Process och resultat Utvecklings- område	Mål 4	Grad av missbruk/ Beroende. Självständighet.
21. Bedömning med ADDIS, SCID I eller MINI	Bedömning Öppen vård	Process Utvecklings- område	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende

*Källa: En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020. Regeringens skrivelse 2015/16:86.

** Källa: Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Myndigheten för vård och omsorgsanalys. 2016:2.

Tabell 4: Indikatorer om läkemedelsbehandling

Indikatorer	Område	Typ av indikator	ANDT mål 2016–2020*	Resultatområde**
22. Läkemedelsassisterad behandling vid beroende av alkohol	Läkemedels- behandling	Process	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
23. Läkemedelsassisterad behandling vid alkoholabstinens i slutenvård	Läkemedels- behandling	Process Utvecklings- område	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
24. Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende	Läkemedels- behandling	Process	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende

*Källa: En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020. Regeringens skrivelse 2015/16:86.

** Källa: Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Myndigheten för vård och omsorgsanalys. 2016:2.

Tabell 5: Indikatorer om psykologisk och psykosocial behandling

Indikatorer	Område	Typ av indikator	ANDT mål 2016-2020*	Resultatområde**
25. MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, m.fl. behandlingar	Behandling, Öppen vård	Process Utvecklingsområde	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende
26. Manualbaserade insatser	Behandling Socialtjänstens Missbruks- och beroendeverksamhet	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende.

*Källa: En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020. Regeringens skrivelse 2015/16:86.

** Källa: Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Myndigheten för vård och omsorgsanalys. 2016:2.

Tabell 6: Indikatorer om psykosociala stödinsatser

Indikatorer	Område	Typ av indikator	ANDT mål 2016-2020*	Resultatområde**
27. Erbjuder minst ett stödprogram till närstående	Stödinsatser	Struktur	Mål 4	Närstående
28. Boendeinsats – Bostad först	Stödinsatser Socialtjänstens Missbruks- och beroendeverksamhet	Struktur	Mål 4	Boendesituation
29. Boendeinsats – Vårdkedja	Stödinsatser Socialtjänstens Missbruks- och beroendeverksamhet	Struktur	Mål 4	Boendesituation
30. Multiprofessionella team	Stödinsatser Socialtjänstens Missbruks- och beroendeverksamhet	Struktur	Mål 4	Grad av missbruk/ beroende

*Källa: En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020. Regeringens skrivelse 2015/16:86.

** Källa: Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Myndigheten för vård och omsorgsanalys. 2016:2.

Bilaga 2 – Extern samverkan och samråd

Huvudmän, myndigheter och andra viktiga aktörer

Samråd i Norrbotten med landstinget och kommunerna om uppföljning inom området missbruk och beroende.

Helena Asklund, Samverkansledare, Integration & Psykisk hälsa Luleå samt läns gemensamma beroendecentrum vid Sunderby sjukhus.

Annika Green, Ann-Kristin Holmgren, Inger Lindberg, Mats Weström, Andreas Nilsson, Norrbotten

Jeanette Ek, Lisbet Isaksson, Socialtjänsten/ IFO Myndighet, Kiruna kommun.

Anne Niska, Maggie Falk, Pajala kommun

Christine Damström, Ingegerd Svanberg, Maria Eriksson, Boden kommun

Kate Oskarsson, Minna Tallgren, Luleå kommun

Nataliya Nilsson, Älvsbyn kommun

Suvi Järvinen Valo, Haparanda kommun

Svenskt beroenderegister, Jeanette Westman

Myndigheten för vård och omsorgsanalys, Maria Branting.

MILK-nätverk för län och regioner, SKL, Mikael Malm

Nätverk för styrning och ledning inom psykiatri, SKL, Mikael Malm

Öppna jämförelser Socialtjänst, SKL, Mia Ledwith

Folkhälsomyndigheten, området spelberoende, Frida Fröberg,

Folkhälsomyndigheten ANDT/uppföljningen och indikatorlabbet, Sandra Creutz

Psykiatri och beroende, KPP-databasen, SKL, Jenny Sandgren

Bilaga 3 – Övriga som deltagit

Socialstyrelsen

Styrgrupp

Stina Hovmöller, Öppna jämförelser socialtjänst
Nils Stenström, Prevention och behandling inom missbruksområdet
Birgitta Lindelius, Öppna jämförelser hälso- och sjukvård
Lars Grönvik, Statistik och register

Projektgrupp

Magdalena Helgesson, Öppna jämförelser, missbruk och beroende, socialtjänst
Behzad Koucheiki, Öppna jämförelser hälso- och sjukvård
Anders Jacobsson, Öppna jämförelser hälso- och sjukvård
Rocio Winnersjö, Öppna jämförelser hälso- och sjukvård
Anne Tiainen, Effektivitet, Öppna jämförelser hälso- och sjukvård
Barbro Engdahl, Registret för tvångsvård av missbrukare, LVM
Annica Bergendahl, Utvärdering och epidemiologi, läkemedel och beroende
Yerko Rojas, Kunskapsstyrning och utveckling inom socialtjänsten

Övrig intern medverkan och avstämning

Daniel Svensson, Sakkunnig inom beroendområdet
Jesper Hörnblad, Dödsorsaksregistret
Gunilla Ringbäck Weitof, Utvärdering av nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården
Stefan Brené, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.
Charlotta Fondén, Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården socialtjänst samt hemlöshet
Siv Nyström, ASI manualen
Gunnel Hedman Wallin, Missbruk och beroende, socialtjänst och kartläggning av vårdlandskapet
Ebba Hedlund, Lägesrapport IFO
Christina Höglom, Kunskapsstöd för stöd och behandling av spelmissbruk
Malin Bruce, Spel om pengar, Vägledning för hälso- och sjukvård.
Merike Hansson, Barn som anhöriga.
Charlotta Rehnman Wigstad, Samordnare ANDTS samt sammankallande för Rådet för missbruks- och beroendefrågor, Socialstyrelsen

Vetenskapligt råd, Socialstyrelsen

Sven Andreasson, Läkare, Beroendemedicin och Professor i folkhälsovetenskap.

Bilaga 4 – Förteckning över figurer, tabeller och diagram i rapporten

Tabeller

Tabell 1: Generella indikatorer

Tabell 2: Områdesspecifika indikatorer

Tabell 3: Indikatorer om bedömningsinstrument

Tabell 4: Indikatorer om läkemedelsbehandling

Tabell 5: Indikatorer om psykologisk och psykosocial behandling

Tabell 6: Indikatorer om psykosociala stödsatser

Figurer

Figur 1: Samverkan mellan olika aktörer

Figur 2: Datakällor och övriga källor som använts i rapporten

Figur 3: Standardiserade bedömningsmetoder (fler områden inom socialtjänsten)

Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar

1.1. RIKET. KVINNOR. Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar

1.2. RIKET. MÄN. Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar

1.3. RIKET. TOTALT. Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar (ålder)

1.4. RIKET. TOTALT. Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar (utbildningsbakgrund)

1.5. LÄN. Totalt. Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar (oklar avsikt, olycksfallsförgiftning, självmord)

1.6. LÄN. KVINNOR. Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar

1.7. LÄN. MÄN. Dödlighet genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Alkoholrelaterade dödsfall

2.1. RIKET. KVINNOR. Alkoholrelaterade dödsfall (ålder)

2.2. RIKET. MÄN. Alkoholrelaterade dödsfall (ålder)

2.3. RIKET. Alkoholrelaterade dödsfall i befolkningen (uppdelat på kön)

2.4. RIKET. KVINNOR. Alkoholrelaterade dödsfall (utbildningsbakgrund)

2.5. RIKET. MÄN. Alkoholrelaterade dödsfall (utbildningsbakgrund)

2.6. LÄN. KVINNOR. Alkoholrelaterade dödsfall

2.7. LÄN. MÄN. Alkoholrelaterade dödsfall

Dödlighet bland vårdade

3.1. RIKET. Dödlighet bland vårdade med alkoholdiagnos (uppdelat på kön)

3.2. RIKET. Dödlighet bland vårdade med narkotikadiagnos (uppdelat på kön)

3.3. LÄN. KVINNOR. Dödlighet bland vårdade med alkoholdiagnos

- 3.4. LÄN. MÄN. Dödlighet bland vårdade med alkoholdiagnos
- 3.5. LÄN. KVINNOR. Dödlighet bland vårdade med narkotikadiagnos
- 3.6. LÄN. MÄN. Dödlighet bland vårdade med narkotikadiagnos

Själv mord eller självmordsförsök bland vårdade

- 4.1. RIKET. Själv mord eller självmordsförsök bland vårdade med alkoholdiagnos (uppdelat på kön)
- 4.2. RIKET. Själv mord eller självmordsförsök bland vårdade med narkotikadiagnos (uppdelat på kön)
- 4.3. LÄN. KVINNOR. Själv mord eller självmordsförsök bland vårdade med alkoholdiagnos
- 4.4. LÄN. MÄN. Själv mord eller självmordsförsök bland vårdade med alkoholdiagnos
- 4.5. LÄN. KVINNOR. Själv mord eller självmordsförsök bland vårdade med narkotikadiagnos
- 4.6. LÄN. MÄN. Själv mord eller självmordsförsök bland vårdade med narkotikadiagnos

Återinskrivning i slutenvård bland vårdade

- 5.1. RIKET. Återinskrivning i slutenvård med alkoholdiagnos (uppdelat på kön)
- 5.2. RIKET. Återinskrivning i slutenvård med narkotikadiagnos (uppdelat på kön)
- 5.3. LÄN. KVINNOR. Återinskrivning i slutenvård med alkoholdiagnos
- 5.4. LÄN. MÄN. Återinskrivning i slutenvård med alkoholdiagnos
- 5.5. LÄN. KVINNOR. Återinskrivning i slutenvård med narkotikadiagnos

Tillgänglighet, samverkan och rutiner

- 6. LÄN. Tillgänglighet (socialtjänst)
- 7. LÄN. Extern samverkan (missbruks- och beroendeverksamheter, socialtjänst och landsting)
- 8. LÄN. Extern samverkan (social barn- och ungdomsvård, socialtjänst och SiS)
- 9.1. LÄN. Rutiner inom hemtjänsten (läkemedel och andra substanser)
- 9.2. LÄN. Rutiner inom hemtjänsten (alkohol)

Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

- 10.1. RIKET. KVINNOR. Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel (utbildningsbakgrund)
- 10.2. RIKET. MÄN. Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel (utbildningsbakgrund)
- 10.3. LÄN. KVINNOR. Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel
- 10.4. LÄN. MÄN. Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

Vårdade enligt LVM

- 11.1. RIKET. Dödsfall bland LVM-vårdade (uppdelat på kön)
- 11.2. RIKET. Substansbruk och dödlighet bland vårdade enligt LVM (uppdelat på kön)
- 11.3 RIKET. Tidigare LVU eller SoL-insatser bland LVM-vårdade (uppdelat på kön)

Frihet från beroende

- 12. RIKET. Perioder av frihet från beroende av olika substanser (uppdelat på kön)

Förbättrat hälsotillstånd

- 13. RIKET. Förbättrat hälsotillstånd enligt EQ-5D (uppdelat på kön)

AUDIT – öppen och slutenvård

- 14. RIKET. Bedömning med AUDIT för att identifiera beroende av alkohol (uppdelat på kön)

DUDIT

- 15. RIKET. Bedömning med DUDIT för att identifiera beroende av narkotika

AUDIT - mödrahälsovård

- 16. LÄN. Hög AUDIT-poäng vid screening för riskbruk av alkohol

Åtgärder till personer med riskbruk - primärvård

- 17. LÄN. Åtgärder till personer med riskbruk av alkohol

Standardiserade bedömningsmetoder

- 18. LÄN. Uppföljning med standardiserade bedömningsmetoder (missbruks- och beroendeverksamheter, socialtjänst)
- 19. LÄN. Uppföljning med standardiserade bedömningsmetoder (social barn- och ungdomsvård, socialtjänst)
- 20.1. Uppföljning av klienter enligt ASI i 49 kommuner (socialtjänst)
- 20.2. Minskat beroende, resultat enligt ASI Uppföljning i 49 kommuner (socialtjänst)
- 21. RIKET. Bedömningsinstrument (öppen- och slutenvård)

Läkemedelsbehandling

- 22.1. RIKET. Läkemedelsbehandling vid beroende av alkohol (uppdelat på kön)
- 22.2. LÄN. Läkemedelsbehandling vid beroende av alkohol
- 23. RIKET. Läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens (slutenvård)
- 24.1. RIKET. Läkemedelsbehandling vid opioidberoende (olika läkemedel)
- 24.2. LÄN. Läkemedelsbehandling vid opioidberoende (olika läkemedel)

Psykologisk och psykosocial behandling för vuxna

- 25. RIKET. Psykologisk och psykosocial behandling för vuxna (uppdelat på kön) (öppen- och slutenvård)
- 26. LÄN. Manualbaserade insatser (missbruks- och beroendeverksamheter, socialtjänst)
- 27. LÄN. Stödprogram till närstående (missbruks- och beroendeverksamheter, socialtjänst)
- 28. LÄN. Boendeinsats - Bostad först (missbruks- och beroendeverksamheter, socialtjänst)
- 29. LÄN. Boendeinsats – Vårdkedja (missbruks- och beroendeverksamheter, socialtjänst)
- 30. LÄN. Multiprofessionella team (missbruks- och beroendeverksamheter, socialtjänst)

Bilaga 5 – Förkortningar

ADAD – Bedömningsinstrumentet för att bedöma hjälpbehov för ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem.

ADDIS – En strukturerad intervju som kan ge underlag för att diagnostisera skadligt bruk och beroende av alkohol och andra droger enligt ICD-10, och beroende enligt DSM-IV.

ANDT – En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020. Regeringens skrivelse 2015/16:86.

ASI – Addiction Severity Index

AUDIT – Bedömningsinstrumenten för att identifiera beroende som berör alkohol och för att följa utfall av åtgärder är en del i en längre kedja av en rad olika bedömningar och behandlingar.

CAN – Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

CRA – Community Reinforcement Approach

CS – Composite Score för psykisk hälsa

CST – Coping Skills Training

DDD – den genomsnittliga dygnsdosen

DSM-5 – Diagnostisera psykiska sjukdomar och utvecklingsrelaterade tillstånd

DUDIT – Bedömningsinstrumenten för att identifiera beroende som berör narkotika och för att följa utfall av åtgärder är en del i en längre kedja av en rad olika bedömningar och behandlingar.

EQ-5D – Mätinstrument som baseras på frågor som ställs till patienten i samband med vård och behandling i inledande skede och sedan i ett uppföljningssammanhang av genomförd behandling. Frågeformuläret innehåller fem områden, utvalda för att spegla olika hälsodimensioner om rörlighet, personlig hygien, vanliga aktiviteter, smärta och besvär samt oro och nedstämdhet

HSL – Hälso- och sjukvårdslagen

ICD – Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem.

IFO – Individ- och familjeomsorg

IVO – Inspektionen för vård och omsorg

KBT – Kognitiv beteendeterapi

LARO – Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende.

LPT – Lagen om psykiatrisk tvångsvård

LRV – Lagen om rättspsykiatrisk vård

LVM – Lagen om vård av missbrukare i vissa fall

LVU – Lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga

MET – Motivationshöjande behandling

MINI – Mini International Neuropsychiatric Interview

PREM - Patient Reported Experience Measures

PROM – Patient Reported Outcomes Measures

SCID I – Structured Clinical Interview for DSM

SOSFS – Föreskrifter och allmänna råd

SCB – Statistiska Central Byrån

SBR – Svenskt beroenderegister

SBNT – Social Behaviour Network Therapy

SIP – Samordnad individuell plan

SBF – Svenska Barnmorskeförbundet

SiS – Statens Institutionsstyrelse

SMADIT – samverkansarbete som bedrivs mellan Polisen, Tullverket, Kustbevakningen, socialtjänsten och beroendevården

SOU – Statens Offentliga Utredningar

SFOG – Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting

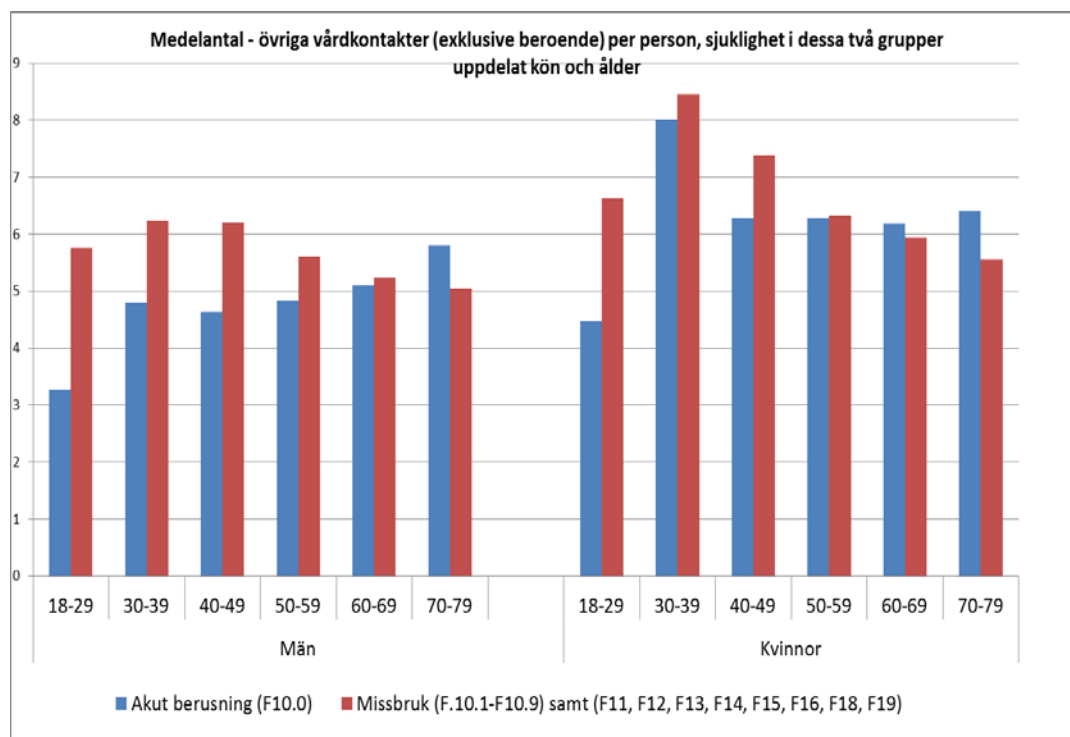
SoL – Socialtjänstlagen

WHO – World Health Organisation

Bilaga 6 – Vårdade för akut berusning av alkohol

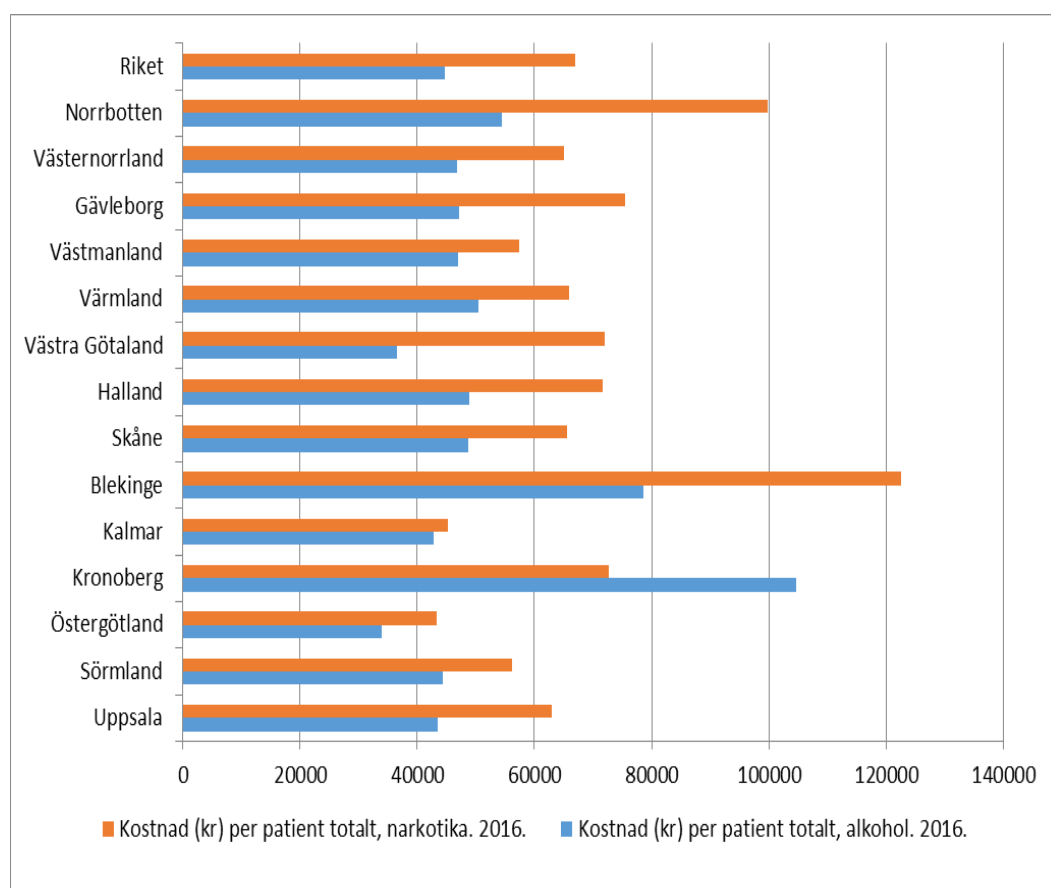
Under tidsperioden vårdades totalt 110 540 kvinnor och 112 945 män för akut förgiftning av alkohol vid ett enstaka tillfälle. I diagrammet nedan redovisas medelantal vårdkontakter som jämförelse mellan två olika grupper (1) övriga vårdkontakter bland personer som även vårdats för akut förgiftning av alkohol vid ett enstaka tillfälle samt (2) övriga vårdkontakter bland personer som även vårdats med en beroendediagnos enligt nedan.

Om redovisningen	Utvecklingsområde
Definition	Personer vårdade för akut berusning av alkohol vid ett enstaka tillfälle jämfört med personer vårdade med en diagnos för beroende. Här redovisas övriga vårdkontakter i dessa två grupper, dvs. exklusive vård för beroendet som speglar förekomst av sjuklighet i dessa två grupper. Ett utvecklingsområde.
Önskad effekt	Färre dör och skadas på grund av bruk av alkohol eller narkotika.
Jämförelsen visar	Medelantal vårdkontakter fördelat på ålder och kön, öppen- och slutenvård avser tidsperioden 2006-2015, 18-79 år: (1) antal övriga vårdkontakter bland personer som även är vårdade för ett enstaka tillfälle för akut förgiftning av alkohol (F10.0) (2) antal övriga vårdkontakter bland personer som även är vårdade med beroendediagnos (F.10.1-F10.9) samt (F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19)



Bilaga 7 – Psykiatri och beroende, KPP-databasen (SKL)

Här redovisas kostnad per patient (KPP) inom psykiatri, dvs. endast de vårdkontakter och kostnader som berör patienter med en beroendediagnos. Kostnaden för slutenvården rapporteras som kostnad under kalenderåret, här ingår även pågående vårdtillfällen. I vissa fall räknas kostnader om till kostnad för hela vårdtillfället och i andra fall ingår beräkningar endast vid avslutade vårdtillfällen. I tidsserier ingår pågående vårdtillfällen, endast patienter över 18 år. Det som inte ingår är BUP och rättspsykiatriska avdelningar, patienter som vårdats av andra landsting. I databasen finns inget personnummer utan ett krypterat löpnummer för patienten. Ibland kan krypteringen ha ändrats mellan åren. Därför visas resultaten per år och inte för två år i taget.



Bilaga 8 – Utvecklingsindikatorer

Beskrivningarna med alla utvecklingsindikatorer kommer att delges som PDF på Socialstyrelsens hemsida.

Bilaga 9 – Beskrivning av indikatorer

Indikatorsbeskrivningarna kommer att delges som PDF på Socialstyrelsens hemsida.

Bilaga 10 – Uppföljningssystem i fem länder

Indikatorbaserade uppföljningssystem inom missbruks- och beroendevården.
En internationell utblick. Sirona health solutions. 2017.

Rapporten delges i elektronisk form på Socialstyrelsens hemsida.